

Université de Sherbrooke

Étude des facteurs prédictifs et obstacles du retour au travail
chez des personnes en incapacité de travail prolongée
ayant participé à un programme interdisciplinaire de réadaptation au travail

Par

Elyse Marois

Département de réadaptation

Mémoire présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé

En vue de l'obtention du grade de Maître ès sciences (M.Sc.)

En sciences cliniques

Juin 2007

© Elyse Marois 2007



Library and
Archives Canada

Bibliothèque et
Archives Canada

Published Heritage
Branch

Direction du
Patrimoine de l'édition

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file Votre référence

ISBN: 978-0-494-31421-0

Our file Notre référence

ISBN: 978-0-494-31421-0

NOTICE:

The author has granted a non-exclusive license allowing Library and Archives Canada to reproduce, publish, archive, preserve, conserve, communicate to the public by telecommunication or on the Internet, loan, distribute and sell theses worldwide, for commercial or non-commercial purposes, in microform, paper, electronic and/or any other formats.

The author retains copyright ownership and moral rights in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

AVIS:

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque et Archives Canada de reproduire, publier, archiver, sauvegarder, conserver, transmettre au public par télécommunication ou par l'Internet, prêter, distribuer et vendre des thèses partout dans le monde, à des fins commerciales ou autres, sur support microforme, papier, électronique et/ou autres formats.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms may have been removed from this thesis.

Conformément à la loi canadienne sur la protection de la vie privée, quelques formulaires secondaires ont été enlevés de cette thèse.

While these forms may be included in the document page count, their removal does not represent any loss of content from the thesis.

Bien que ces formulaires aient inclus dans la pagination, il n'y aura aucun contenu manquant.


Canada

MEMBRES DU JURY

DIRECTRICE : Marie-José Durand, erg, Ph.D.

MEMBRE INTERNE : Patrick Loisel, MD

MEMBRE EXTERNE : Deborah Feldman, pht, Ph.D.
École de Réadaptation
Pavillon Marguerite-d'Youville
2375, chemin de la Côte-Ste-Catherine
Montréal (Québec) H3T 1A8

RÉSUMÉ

Ce mémoire intitulé « Étude des facteurs prédictifs et obstacles du retour au travail chez des personnes en incapacité de travail prolongée ayant participé à un programme interdisciplinaire de réadaptation au travail » est présenté par Elyse Marois à la faculté de médecine et des sciences de la santé de l'université de Sherbrooke en vue de l'obtention du grade de Maître ès sciences.

L'incapacité de travail prolongée liée aux troubles musculosquelettiques (TMS) représente l'un des plus grands fardeaux économiques associés à une maladie. À cet effet, les recherches se sont intéressées d'une part, à identifier les facteurs prédictifs et obstacles afin de différencier les groupes le plus à risque de développer une incapacité de travail prolongée, et d'autre part, à développer des programmes de réadaptation efficaces chez cette clientèle. À ce jour, plusieurs études ont tenté de cerner, pendant les phases aiguë et subaiguë d'un TMS, les facteurs prédictifs et obstacles associés à l'incapacité de travail prolongée. Les connaissances sont cependant plus limitées concernant les facteurs présents en phase chronique (plus de 12 semaines après l'exclusion du travail).

Cette étude se propose de combler partiellement cette lacune. Dans un premier temps, elle identifiera chez des personnes en incapacité de travail prolongée les facteurs prédictifs et obstacles présents en phase chronique. Ensuite, elle explorera la présence d'associations entre les facteurs identifiés à l'évaluation initiale chez la personnes atteinte et son statut de travail au congé d'un programme de réadaptation au travail.

Pour ce faire, une étude descriptive corrélationnelle a été réalisée sur 222 dossiers de travailleurs ayant participé au programme PREVICAP dans quatre centres du Réseau de Réadaptation au Travail du Québec (RRTQ). Les facteurs prédictifs et obstacles étudiés ont été répertoriés à partir d'un outil servant à établir le diagnostic de la situation de handicap au travail (DSHT). L'ensemble des facteurs prédictifs et obstacles de l'étude a été classifié par facteurs sociodémographiques, cliniques, psychosociaux, occupationnels et liés aux soins de santé. La mesure de résultat de l'étude est le statut de travail au congé du programme. Il est défini par le retour au travail (poste antérieur ou autre poste; temps plein ou temps partiel) ou par l'absence du travail à cause du problème traité. Des analyses descriptives et trois modèles de régression logistique ont été réalisés (modèle de la population générale, modèle des hommes, modèle des femmes).

La fréquence des facteurs chez les participants varie entre 7 % et 93 %. Dans cette étude, la proportion des facteurs psychosociaux et occupationnels est plus grande que de celles des facteurs sociodémographiques et cliniques. Dix-sept facteurs, principalement de nature occupationnelle et psychosociale, ont été associés au statut de travail dans l'un ou l'autre des trois modèles. Le modèle de la population générale explique pour 77,0 % le statut de travail des participants. Les associations entre les facteurs et le statut de travail se manifestent différemment chez les hommes et les femmes, particulièrement pour les facteurs psychosociaux qui sont associés favorablement au statut de travail chez les femmes, mais défavorablement chez les hommes. À l'exception des facteurs psychosociaux qui ont aussi été associés à l'incapacité de travail prolongée dans d'autres études en phase chronique, la plupart des facteurs associés au statut de travail dans cette

étude n'ont été étudiés qu'en phases aigüe et subaigüe. Pour un grand nombre de facteurs associés au statut de travail dans cette étude, le sens de leur association ne converge pas avec la littérature. Plus précisément, dans la présente étude, la présence de certains facteurs chez les participants aurait un effet plutôt protecteur quant à la reprise du travail, tandis que dans la littérature, ils sont généralement considérés comme étant défavorables au statut de travail. Ces résultats conduisent à considérer l'effet du programme d'intervention sur l'association entre les facteurs et le statut de travail. Cependant, ces résultats ne peuvent être comparés directement avec la littérature. En effet, la majorité des études de facteurs n'a pas tenu compte de la présence ni de la nature des interventions reçues par leurs participants, alors que les participants de la présente étude avaient tous bénéficié d'un programme d'intervention démontré efficace. Il est ainsi probable que l'identification précoce et systématique des facteurs prédictifs et obstacles à l'entrée d'un programme de réadaptation au travail permettrait aux intervenants d'individualiser le plan d'intervention aux problématiques spécifiques des participants et serait à même d'influencer favorablement ensuite leur statut de travail.

En résumé, les résultats de cette étude supportent l'utilité d'identifier les facteurs prédictifs et obstacles à l'entrée d'un programme de réadaptation pour élaborer un plan d'intervention plus orienté vers les besoins des participants. En outre, la planification des interventions devrait tenir compte des différences présentes entre les hommes et les femmes concernant l'impact des facteurs sur le statut de travail. De plus, l'influence de plusieurs facteurs occupationnels suggérée par les résultats propose de se préoccuper particulièrement de ces facteurs pour prévenir l'incapacité de travail prolongée.

Mots clés généraux :

FACTEURS PRÉDICTIONNELS;

RETOUR AU TRAVAIL;

INCAPACITÉ DE TRAVAIL PROLONGÉE;

TROUBLES MUSCULOSQUELETTIQUES;

PROGRAMME INTERDISCIPLINAIRE DE RÉADAPTATION AU TRAVAIL.

TABLE DES MATIÈRES

MEMBRES DU JURY	III
RÉSUMÉ	IV
TABLE DES MATIÈRES.....	VIII
LISTE DES FIGURES.....	XI
LISTE DES TABLEAUX	XII
LISTE DES ANNEXES.....	XIII
LISTE DES SIGLES, ABRÉVIATIONS, ACRONYMES	XIV
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1: RECENSION DES ÉCRITS	5
1.1 PRÉVENTION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL PROLONGÉE.....	5
1.1.1 <i>Les troubles musculosquelettiques</i>	5
1.1.2 <i>Importance des TMS et des coûts associés.....</i>	6
1.1.3 <i>L'incapacité de travail prolongée.....</i>	8
1.1.4 <i>Phases de développement du problème de santé.....</i>	12
1.1.5 <i>Continuum en prévention d'incapacité de travail prolongée</i>	14
1.2 ÉTUDE DES FACTEURS PRÉDICTIFS ET DES OBSTACLES.....	16
1.2.1 <i>Caractéristiques méthodologiques des études.....</i>	16
1.2.1.1 Définition de « facteur prédictif » et « obstacle »	16
1.2.1.2 Facteur modifiable et marqueur de risque.....	17
1.2.1.3 Classification des facteurs prédictifs et obstacles	18
1.2.1.4 Prédominance des facteurs prédictifs et obstacles selon la phase	21
1.2.1.5 Mesures de résultat utilisées par les études des facteurs prédictifs et obstacles.....	22
1.2.1.6 Analyses utilisées dans les études des facteurs prédictifs et obstacles	23
1.2.2 <i>Les études de facteurs en phase aiguë et en phase subaiguë.....</i>	24
1.2.2.1 Facteurs sociodémographiques	27
1.2.2.2 Facteurs cliniques	29
1.2.2.3 Facteurs psychosociaux	31
1.2.2.4 Facteurs occupationnels.....	33
1.2.2.5 Facteurs liés aux soins de santé.....	35
1.2.3 <i>Les études de facteurs en phase chronique</i>	37
1.3 ÉTUDE DES PROGRAMMES DE RÉADAPTATION AU TRAVAIL	42
1.4 CONSTATS DES ÉTUDES EN PRÉVENTION D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL PROLONGÉE	44
CHAPITRE 2: PERTINENCE ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE.....	48
CHAPITRE 3: MÉTHODOLOGIE	50
3.1 STRATÉGIE DE RECHERCHE	50
3.1.1 <i>Devis de recherche.....</i>	50
3.1.2 <i>Cadre de l'étude.....</i>	51

3.2	MÉTHODES.....	53
3.2.1	Population à l'étude et critères de sélection.....	53
3.2.2	Variables à l'étude.....	54
3.2.2.1	Facteurs prédictifs et obstacles.....	54
3.2.2.2	Variable de résultat – Le statut de travail.....	55
3.2.3	Moments d'observation et instrumentation.....	55
3.2.3.1	Instruments de mesure des facteurs prédictifs et obstacles.....	56
3.2.3.2	Instruments de mesure du statut de travail.....	61
3.2.4	Saisie des données.....	62
3.3	ANALYSE DE DONNÉES.....	63
3.3.1	Analyses descriptives.....	64
3.3.2	Analyses inférentielles.....	64
3.3.2.1	Première étape : retrait de certaines variables de l'analyse.....	65
3.3.2.2	Deuxième étape : régression logistique univariée.....	66
3.3.2.3	Troisième étape : vérification de la colinéarité.....	66
3.3.2.4	Quatrième étape : régression logistique multivariée.....	67
3.4	CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES.....	68
3.5	FIABILITÉ, VALIDITÉ INTERNE ET EXTERNE DE L'ÉTUDE.....	69
3.5.1	Fiabilité.....	69
3.5.2	Validité interne.....	70
3.5.3	Validité externe.....	71
	CHAPITRE 4: RÉSULTATS.....	73
4.1	ARTICLE I.....	73
4.1.1	Titre de l'article.....	73
4.1.2	Auteurs.....	73
4.1.3	Titre abrégé.....	73
4.1.4	Résumé.....	74
4.1.5	Mots clés.....	74
4.1.6	Introduction.....	75
4.1.7	Méthodologie.....	78
4.1.7.1	Cadre de l'étude.....	78
4.1.7.2	Population à l'étude.....	79
4.1.7.3	Procédure de collecte de données.....	79
4.1.7.4	Analyse de données.....	83
4.1.8	Résultats.....	85
4.1.9	Discussion.....	92
4.1.10	Conclusion.....	102
4.1.11	Remerciements.....	103
4.1.12	Références.....	104
	CHAPITRE 5: DISCUSSION.....	113
5.1	CONTEXTE DE L'ÉTUDE.....	113
5.2	PRÉSENCE DES FACTEURS PRÉDICTIFS ET OBSTACLES PENDANT LA PHASE CHRONIQUE.....	114
5.3	ASSOCIATIONS ENTRE LES FACTEURS PRÉDICTIFS OU LES OBSTACLES ET LE STATUT DE TRAVAIL.....	116
5.4	QUALITÉS DE L'ÉTUDE.....	131
5.4.1	Limites de l'étude.....	131
5.4.2	Forces de l'étude.....	134
	CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	135
	REMERCIEMENTS.....	137

RÉFÉRENCES	138
ANNEXES	150

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1: SYSTÈMES IMPLIQUÉS EN PRÉVENTION D'INCAPACITÉS AU TRAVAIL.....	9
FIGURE 2: PROCESSUS DE PRODUCTION DU HANDICAP.....	11
FIGURE 3: PHASES DE DÉVELOPPEMENT DU PROBLÈME DE SANTÉ	14
FIGURE 4: MOMENTS D'OBSERVATION ET INSTRUMENTATION	56

LISTE DES TABLEAUX

TABEAU 1: COTATION FORCE DE L'ÉVIDENCE ET DE LA PRÉDICTION	26
TABEAU 2: FACTEURS SOCIODÉMOGRAPHIQUES ASSOCIÉS À L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL PROLONGÉE PENDANT LES PHASES AIGÛE ET SUBAIGÛE D'UN TMS	28
TABEAU 3: FACTEURS CLINIQUES ASSOCIÉS À L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL PROLONGÉE PENDANT LES PHASES AIGÛE ET SUBAIGÛE D'UN TMS	30
TABEAU 4: FACTEURS PSYCHOSOCIAUX ASSOCIÉS À L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL PROLONGÉE PENDANT LES PHASES AIGÛE ET SUBAIGÛE D'UN TMS	32
TABEAU 5: FACTEURS OCCUPATIONNELS ASSOCIÉS À L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL PROLONGÉE PENDANT LES PHASES AIGÛE ET SUBAIGÛE D'UN TMS	34
TABEAU 6: FACTEUR LIÉ AUX SOINS DE SANTÉ ASSOCIÉ À L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL PROLONGÉE PENDANT LES PHASES AIGÛE ET SUBAIGÛE D'UN TMS	36
TABEAU 7: FACTEURS ASSOCIÉS À L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL PROLONGÉE PENDANT LA PHASE CHRONIQUE D'UN TMS	41
TABEAU 8: DESCRIPTIONS ET QUALITÉS PSYCHOMÉTRIQUES DES QUESTIONNAIRES AUTO-ADMINISTRÉS	60
TABEAU 9: RÉSUMÉ DES ÉTAPES DES ANALYSES INFÉRENTIELLES	68
TABEAU 10: SYNTHÈSE DES FACTEURS ÉTUDIÉS EN FONCTION DE LA LITTÉRATURE DISPONIBLE	125

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE A : COMPOSANTES DU PROGRAMME PRÉVICAP.....	151
ANNEXE B : RÉSEAU EN RÉADAPTATION AU TRAVAIL DU QUÉBEC (RRTQ) ET ÉTUDE D'IMPLANTATION DU PROGRAMME PRÉVICAP.....	156
ANNEXE C : FACTEURS PRÉDICTIFS ET OBSTACLES DE L'ÉTUDE.....	163
ANNEXE D : DRAPEAUX ROUGES.....	170
ANNEXE E : QUESTIONNAIRES AUTO-ADMINISTRÉS.....	172
ANNEXE F : QUESTIONNAIRE TÉLÉPHONIQUE.....	189
ANNEXE G : LISTE DES VARIABLES RETIRÉES DE L'ÉTUDE (ÉTAPE 1 : ANALYSE DE DONNÉES).....	192
ANNEXE H : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ET LETTRES D'AUTORISATION POUR L'EXPLOITATION DE LA BASE DE DONNÉES DU RRTQ.....	194

LISTE DES SIGLES, ABRÉVIATIONS, ACRONYMES

CSST :	Commission de la Santé et de la Sécurité au Travail
DSHT :	Diagnostic de la Situation de Handicap au Travail
IDP :	Inventaire de Détresse Psychologique
IDVQ :	Indice d'impact de la Douleur au cou et aux membres supérieurs sur la Vie Quotidienne
INSPQ :	Institut National de Santé Publique du Québec
ISHT :	Indicateurs de la Situation de Handicap au Travail
OISHT :	Outil d'Identification de la Situation de Handicap au Travail
PPH :	Processus de Production du Handicap
Pré-RTT :	Pré-Retour Thérapeutique au Travail
RRTQ :	Réseau de Réadaptation au Travail du Québec
RTT :	Retour Thérapeutique au Travail
TMS :	Trouble MusculoSquelettique

INTRODUCTION

L'habitude de vie « travail » occupe une très grande place dans la vie active de l'adulte contemporain. Selon Limoges et al. (1987), l'occupation d'un travail remplit quatre fonctions principales. D'abord, il se révèle être l'une des principales sources d'autonomie financière de l'adulte. Ensuite, il procure un statut social, celui-ci étant généralement lié au type d'emploi occupé. Puis, le travail est parmi l'une des activités habituelles et quotidiennes qui délimitent en grande partie la gestion du temps et de l'espace de l'adulte dans notre société. Enfin, le travail peut fournir à une personne l'occasion de se réaliser et ainsi favoriser l'émergence d'un sentiment de satisfaction personnelle. En somme, l'habitude de vie « travail » occupe un rôle clé dans l'existence humaine. L'accomplissement de ce rôle peut toutefois être affecté par divers problèmes de santé. Dans les pays industrialisés, les troubles musculosquelettiques (TMS) sont parmi les problèmes de santé qui touchent particulièrement cette habitude de vie.

En effet, les absences du travail relatives aux TMS engendrent d'immenses coûts (Dionne et al., 2004; Fransen et al., 2002; Loisel et al., 2001). De façon plus spécifique, il apparaît que la plus grande portion de ces coûts est attribuable à une faible proportion des cas. Ce constat a été documenté pour la première fois dans le « Report of the Quebec Task Force on Spinal Disorders » (Spitzer et al., 1987), communément appelé le rapport Spitzer. Ce rapport démontrait que 7,4% des cas de maux de dos étaient responsables de 75,6% des coûts d'indemnisation, ceux-ci étant principalement reliés à la durée d'absence au travail.

Tout en cernant les besoins de la recherche, le rapport Spitzer a grandement influencé l'évolution de la prise en charge des TMS. Dès lors, il a mis en évidence la nécessité d'intervenir sur les différents facteurs responsables des longues durées d'absence au travail (Spitzer et al., 1987). Depuis, plusieurs écrits soutiennent l'importance de tenir compte de la dimension multifactorielle des TMS (Baril, 2002; Frank et al., 1996b; Waddell et al., 2003). Dans cette perspective, Loisel et al. (2001) ont proposé une nouvelle compréhension de la problématique de l'incapacité au travail. Pour ces auteurs, l'incapacité au travail engendrée par un TMS ne dépendra pas seulement de la déficience, mais sera le produit de l'interaction entre quatre dimensions, soit celles étant liées au système de santé (le médecin traitant, l'équipe interdisciplinaire), au système de l'entreprise (poste occupé, organisation du travail), au système législatif et d'assurance (agent d'indemnisation, bureau d'évaluation médicale) et à différentes composantes de l'individu (physiques, cognitives, affectives et sociales) (Loisel et al., 2001). Cette perspective diffère de celle du paradigme médical, celui-ci étant centré principalement sur le diagnostic et la guérison de la maladie.

L'application d'un paradigme centré sur l'incapacité plutôt que sur la déficience demande aux intervenants de reconnaître les facteurs prédictifs et obstacles associés à l'incapacité de travail prolongée. Plus spécifiquement, l'identification des facteurs prédictifs sert à prévoir dans le temps les risques associés au développement de l'incapacité de travail prolongée. Les obstacles, quant à eux, informent sur la présence d'entraves actuelles au retour au travail. Selon plusieurs auteurs, la connaissance des facteurs prédictifs et obstacles permettrait aux intervenants de mieux orienter l'approche et les interventions à

utiliser dans le cadre de la réadaptation des personnes atteintes d'un TMS (Durand et al., 2002; Staal et al., 2003; Waddell et al., 2003).

De ce fait, au cours des dernières années, plusieurs études ont tenté de cerner les facteurs prédictifs et les obstacles de l'incapacité de travail prolongée. De façon générale, elles ont étudié ces facteurs principalement pendant les phases aiguë et subaiguë du TMS. Cependant, peu d'entre elles ont documenté les facteurs présents en phase chronique (plus de trois mois après l'exclusion du travail/ début du problème de santé) (Frank et al., 1996a). Par ailleurs, quelques auteurs suggèrent aussi que les facteurs prédictifs et obstacles se manifestent différemment selon la phase pour laquelle ils ont été observés (Dasinger et al., 2000; Krause et al., 2001a; Oleinick et al., 1996). Par exemple, dans l'étude de Krause et al. (2001a), la sévérité de la blessure apparaît être fortement associée au retour au travail pendant la phase aiguë, mais la force de son association diminue significativement pendant les phases subaiguë et chronique. Il apparaît ainsi que les facteurs identifiés par les écrits pendant les phases aiguë ou subaiguë ne sont pas directement transférables à la phase chronique. Par conséquent, pour les intervenants et chercheurs dans le domaine, ce manque de connaissance, particulièrement pour les facteurs présents en phase chronique, peut conduire à des interventions plus hétérogènes et moins ciblées.

Le présent projet propose de combler partiellement cette lacune. Dans un premier temps, il s'agira d'identifier les facteurs prédictifs et les obstacles présents en phase chronique. Ensuite, la présence d'associations entre les facteurs prédictifs, les obstacles et le statut

de travail sera exploré et ce chez des personnes en incapacité de travail prolongée qui ont toutes participé à un programme interdisciplinaire de réadaptation au travail. Les facteurs étudiés seront ceux qui ont été répertoriés à partir d'un outil servant à établir le diagnostic de la situation de handicap au travail (DSHT) (Durand et al., 2002). Les résultats de cette étude contribueront à l'ajout de données probantes en réadaptation au travail. Elle permettra aussi l'exploration de pistes pour orienter les interventions visant le retour au travail prompt et durable des personnes en incapacité de travail prolongée.

CHAPITRE 1: RECENSION DES ÉCRITS

Le chapitre de la recension des écrits est divisé en quatre sections. La première décrit le contexte associé à la problématique des TMS et différents aspects de la prévention d'incapacité de travail prolongée. La deuxième section expose les connaissances actuelles sur les facteurs prédictifs et obstacles associés à l'incapacité de travail prolongée en fonction des phases de son développement. La troisième section présente les résultats des revues portant sur les effets des programmes de réadaptation. Finalement, un bref résumé des principaux constats sur la littérature en prévention d'incapacité de travail prolongée est présenté.

1.1 PRÉVENTION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL PROLONGÉE

1.1.1 Les troubles musculosquelettiques

Les troubles musculosquelettiques (TMS) regroupent plusieurs types de lésions, de douleurs ou de symptômes de l'appareil locomoteur (INSPQ, 2005). Ils incluent autant les lésions objectivables que celles qui sont non objectivables. Les TMS réfèrent à l'ensemble des affections vertébrales (entorse cervicale, lombalgie et autres) ainsi qu'aux lésions des membres supérieurs et inférieurs dont les lésions en «ite» (tendinites, bursites, épicondylites et autres) (Durand et al., 2004). Les TMS comportent conséquemment des atteintes très variées qui touchent diverses composantes des systèmes musculaire et squelettique, soit les muscles, les os, les tendons, les ligaments, certains nerfs et autres

structures autour des articulations (INSPQ, 2005). Dans ce mémoire, le terme TMS sera utilisé tel que défini ci-dessus.

Au cours des 25 dernières années, les écrits scientifiques ont abordé de façon plus importante les maux de dos comparativement aux autres types de TMS. Les maux de dos représentent l'atteinte du système musculosquelettique la plus commune et la plus souvent étudiée à travers le monde (Elders et al., 2000; Krause et al., 2001b; Lehmann et al., 1993). À cet effet, dans la revue des facteurs prédictifs de l'incapacité de travail prolongée de Waddell et al. (2003), il est souligné que les résultats des études sur les maux de dos convergent avec les résultats des études des autres atteintes du système musculosquelettique. Ainsi, selon ces auteurs, il apparaît approprié de mettre en commun les résultats des études portant sur les maux de dos avec ceux des autres TMS (Waddell et al., 2003).

1.1.2 Importance des TMS et des coûts associés

L'importance des TMS dans la population générale a été décrite par plusieurs auteurs. Il a ainsi été estimé que la prévalence à vie des maux de dos se situe entre 60 % et 90 % et l'incidence annuelle à près de 5% (Crook et al., 2002; Dionne et al., 2004; Frank et al., 1996b; Goertz, 1990). Selon l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ, 2005), les TMS sont la cause principale d'incapacité dans la population québécoise. Ils constituent ainsi l'un des plus grands fardeaux économiques associés à une maladie. De la même façon, dans la plupart des pays industrialisés, il est considéré que les TMS représentent environ 40 % des lésions professionnelles avec indemnisation (Elders et al.,

2000). Selon les données de la Commission de la Santé et de la Sécurité au Travail (CSST), il apparaît que cette situation prévaut également au Québec (CSST, 2004a, 2004b). Par conséquent, la présence importante des TMS entraîne d'immenses coûts, ceux-ci étant principalement reliés aux montants des indemnités de remplacement de revenu (Frank et al., 1996b). De façon convergente, il a été estimé pour la Suède, les Pays-Bas et le Royaume-Uni que la totalité des coûts imputables aux TMS se situait entre 1% et 2 % de leur produit national brut (Norlung & Waddel, 2000; van Tulder et al., 1995). Selon Dionne et al. (2004), l'utilisation de cette estimation, appliquée à la situation économique du Québec, a pu représenter en 2002 des coûts se situant entre 1,9 et 3,9 milliards de dollars. De plus, tel que mentionné préalablement, il apparaît que les coûts associés aux TMS d'origine professionnelle sont majoritairement attribués à une très faible proportion des cas (Dionne et al., 2004; Frank et al., 1996b; Fransen et al., 2002; Gatchel et al., 1995b; Krause et al., 2001a; Spitzer et al., 1987). En effet, l'étude des coûts des TMS a démontré qu'environ 80 % des coûts sont généralement alloués à un peu moins de 10 % des cas qui présentent une problématique plus complexe.

Ces données statistiques reflètent uniquement les coûts directs associés à la problématique des TMS, c'est-à-dire les coûts relatifs aux indemnités de remplacement de revenu, aux soins de santé et aux services de réadaptation reçus. Néanmoins, plusieurs coûts indirects et humains sont aussi associés à la problématique des TMS. Les coûts indirects représentent entre autres choses les dépenses supplémentaires que la personne atteinte aura à déboursier pour sa réadaptation (frais de gardiennage, frais de transport, achat d'équipement). Quant aux coûts humains, ils incluent: la douleur, la détresse

psychologique et l'incapacité de participer pleinement aux activités habituelles autres que le travail (Dionne et al., 2004; Frank et al., 1996b; Truchon & Fillion, 2000; Turner et al., 2000). À vrai dire, l'exclusion prolongée du travail risque d'affecter chez l'adulte plusieurs facettes de sa vie et diminuer ultimement sa qualité de vie (Baril et al., 1994; Coutu et al., 2005).

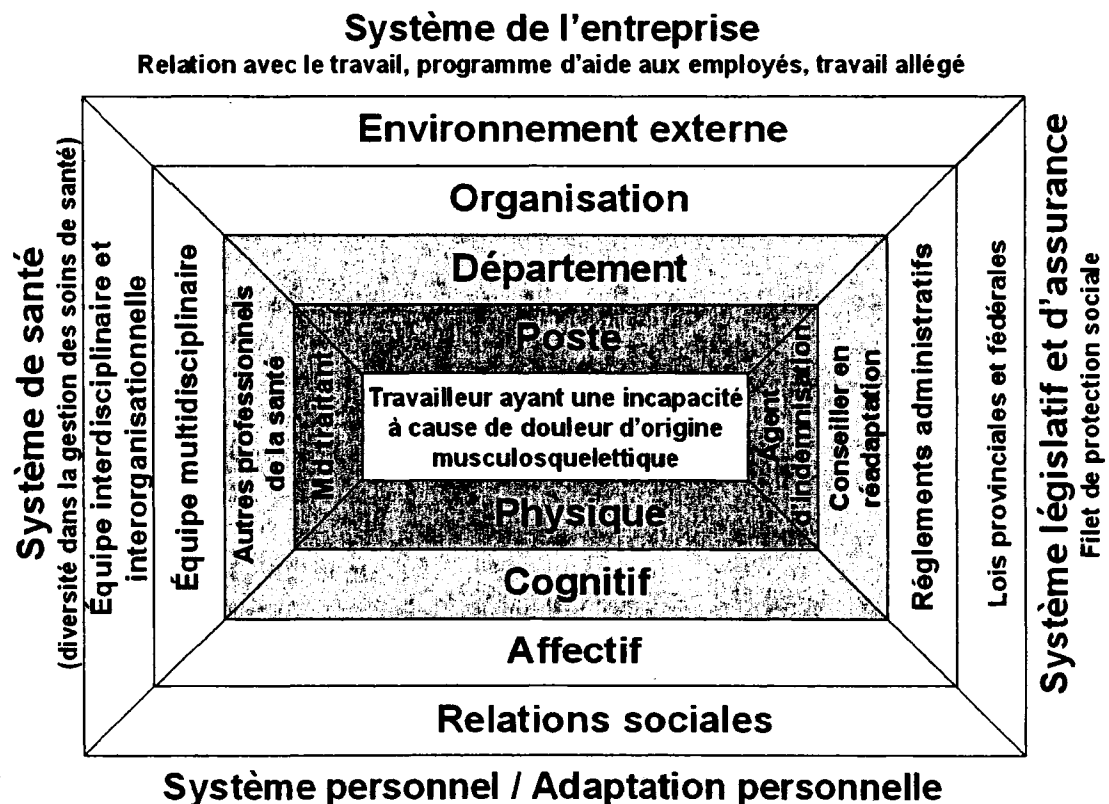
En résumé, la description des éléments de la problématique des TMS permet de constater que celle-ci entraîne d'énormes coûts financiers, sociaux et humains. Elle se caractérise également par l'attribution de la majorité des coûts à une faible proportion des cas. Ces derniers concernent environ 10 % des personnes atteintes et exclues du travail pour une période minimale de trois mois, qui sont considérés de ce fait en incapacité de travail prolongée.

1.1.3 L'incapacité de travail prolongée

La compréhension des causes et conséquences de la problématique des TMS a profondément évolué au cours des 25 dernières années. Celle-ci est passée d'un modèle biomédical qui met principalement l'emphasis sur le traitement de la maladie, vers un modèle biopsychosocial, où sont considérées pour la résolution du problème de santé autant les caractéristiques personnelles de la personne atteinte que celles de son environnement (Loisel et al., 2001; Nachemson, 1999). Tel que mentionné précédemment, ces nouvelles connaissances sont liées au paradigme d'incapacité. Celui-ci propose que l'incapacité de travail prolongée d'origine musculosquelettique n'est plus la seule conséquence d'une déficience mais également le résultat d'interactions entre les

caractéristiques personnelles de la personne blessée et diverses composantes de son environnement (Durand et al., 2004; Loisel et al., 2001). Rappelons que selon ce paradigme, les composantes environnementales impliquées dans l'incapacité au travail appartiennent à trois différents systèmes, soit celui de l'entreprise, celui de la santé, ainsi que celui de la législation et de l'assurance (Figure 1) (Loisel et al., 2001). Chacun d'eux est lié aux autres systèmes environnementaux ainsi qu'au système personnel du travailleur. La Figure 1 illustre les différentes composantes de chaque système où le centre représente la résultante, soit plus précisément, l'incapacité de travail.

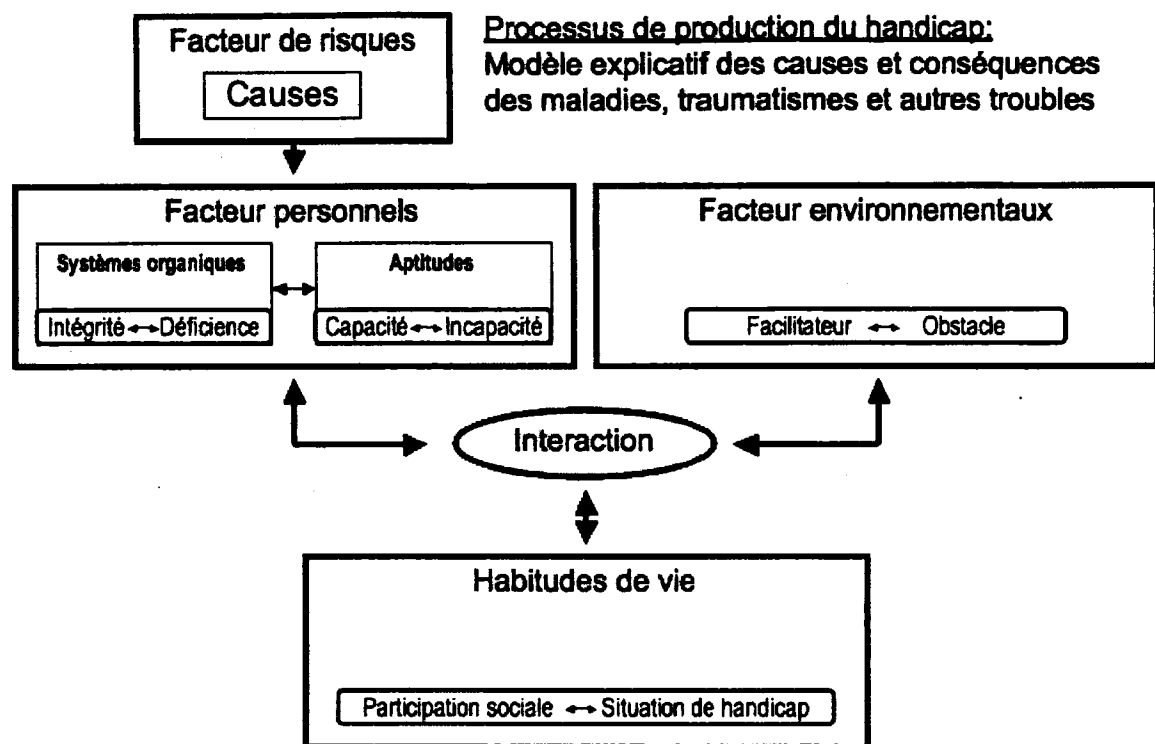
FIGURE 1: SYSTÈMES IMPLIQUÉS EN PRÉVENTION D'INCAPACITÉS AU TRAVAIL



(figure adaptée de Loisel et al., 2001: tirée de Durand et al., 2004 avec permission)

Par ailleurs, le paradigme d'incapacité, tel que défini par Loisel et al. (2001), peut aussi se superposer au cadre conceptuel du Processus de Production du Handicap (PPH) (Fougeyrollas et al., 1998). Selon le PPH (Figure 2), une situation de handicap résulte de l'interaction entre les facteurs personnels et l'ensemble des facteurs environnementaux. Les facteurs personnels sont composés des systèmes organiques et des aptitudes (capacités et incapacités de la personne). L'atteinte ou l'altération des facteurs personnels peut influencer la réalisation de l'habitude de vie. Les facteurs environnementaux peuvent aussi faciliter ou créer un obstacle à la réalisation de cette même habitude de vie. D'après ce cadre, les facteurs environnementaux agissent à titre de facilitateur ou d'obstacles selon trois dimensions : microsystémique, mésosystémique et macrosystémique (Dutil et al., 1998). Ces dimensions, appliquées à l'environnement de travail, se superposent en trois couches concentriques. La première couche regroupe les facteurs reliés à l'environnement de travail physique et social immédiat (l'aménagement du poste de travail, l'horaire). La deuxième couche rassemble les facteurs conditionnant la réalisation de l'habitude de vie « travail » qui ne sont pas directement reliés au poste de travail lui-même (l'accessibilité physique, les attitudes du milieu de travail). Finalement, la troisième couche inclut les facteurs déterminant globalement l'accès au marché du travail (le taux de chômage, les législations).

FIGURE 2: PROCESSUS DE PRODUCTION DU HANDICAP



(figure tiré de Fougéyrollas et al., 1998 avec permission)

Ainsi, conformément au PPH, une situation de handicap à l'habitude de vie « travail » résulte d'une interaction défavorable entre une déficience musculosquelettique qui entraîne une perte de capacité à réaliser certaines tâches et la présence de facteurs environnementaux qui font obstacle à la reprise du travail (Durand et al., 2004).

En somme, le paradigme d'incapacité et le PPH considèrent tous les deux que l'incapacité de travail prolongée découle autant de l'implication des facteurs personnels que de celle des facteurs environnementaux. Toutefois, la description des facteurs environnementaux diffère entre les deux cadres. En effet, contrairement au cadre du PPH qui sépare seulement les facteurs environnementaux en fonction des dimensions micro,

méso et macrosystémique, le paradigme d'incapacité cible spécifiquement trois systèmes environnementaux (celui de l'entreprise, celui des soins de santé et celui de la législation), spécifie les composantes de chacun d'eux et les coordonne avec les composantes personnelles du travailleur (Figure 1). Ainsi, il définit avec plus de précision l'ensemble des facteurs environnementaux inhérents à l'incapacité de travail prolongée.

1.1.4 Phases de développement du problème de santé

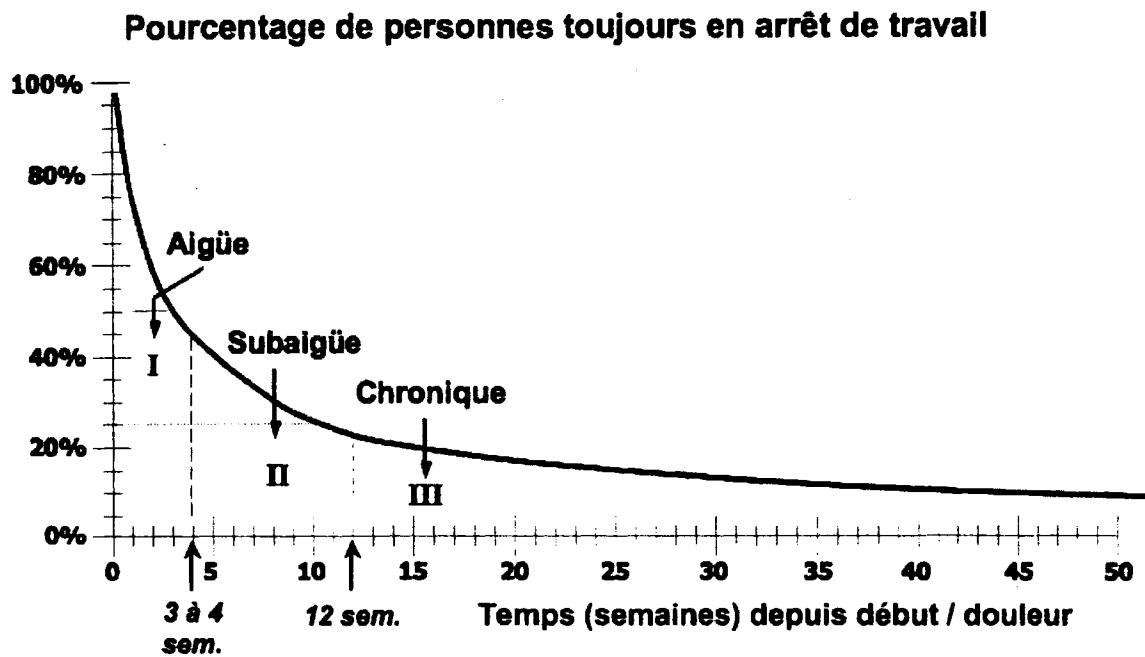
La majorité des études portant sur les facteurs prédictifs et obstacles du retour au travail ont étudié les facteurs en tenant compte des phases du développement du problème de santé, soit les phases aiguë, subaiguë et chronique. Les paramètres de ces trois phases ont été proposés à l'origine par le rapport Spitzer (1987) pour expliquer le développement du mal de dos. Cette classification en trois phases a ensuite été utilisée, puis précisée par de plusieurs auteurs (Frank et al., 1996b; Gatchel et al., 1995b). De façon générale, les phases sont définies par l'apparition et la persistance des symptômes en relation avec l'absence du travail. Également, différents auteurs ont estimé la probabilité de retour au travail des personnes atteintes pour chacune des phases. Selon Gatchel et al. (1995b) et Frank et al. (1996a), les trois phases se caractérisent comme suit:

- 1) **Phase aiguë** : se situe entre zéro et trois à quatre semaines après l'apparition des symptômes et l'absence du travail, période pendant laquelle la probabilité de retour au travail est de 70%.

- 2) **Phase subaigüe** : débute entre la troisième et quatrième semaine après le début des symptômes et l'absence du travail. Elle se poursuit jusqu'à la douzième semaine. Il est estimé qu'une proportion supplémentaire d'environ 20% de l'ensemble des personnes atteintes réussit généralement à retourner au travail pendant cette phase.
- 3) **Phase chronique** : débute douze semaines après l'apparition des symptômes et l'exclusion du travail. Elle concerne un peu moins de 10% de l'ensemble des personnes aux prises avec un TMS. Dans cette phase, le taux de retour au travail est considérablement diminué et reste relativement stable entre douze semaines et un an.

La Figure 3 adaptée et traduite des travaux de Frank et al. (1996a) illustre la relation entre le temps passé depuis le début des symptômes et le pourcentage de personnes recevant une indemnité de revenu, donc toujours en arrêt de travail. Elle permet ainsi de bien situer chacune des trois phases.

FIGURE 3: PHASES DE DÉVELOPPEMENT DU PROBLÈME DE SANTÉ



(Traduction libre de Frank et al., 1996a avec permission de l'éditeur Lippincott Williams & Wilkins)

1.1.5 Continuum en prévention d'incapacité de travail prolongée

La description des trois phases de développement du problème de santé permet de situer les enjeux de la problématique des TMS. Dans cette perspective, à partir de la fin des années 80, de nombreux efforts ont été consacrés pour trouver des solutions à l'incapacité de travail prolongée. Deux principaux intérêts de recherche se sont ainsi développés. Ils consistent d'une part, en l'étude des facteurs prédictifs et obstacles de l'incapacité de travail prolongée et d'autre part, en la recherche portant sur le développement et l'efficacité des programmes de réadaptation au travail.

Ces deux intérêts de recherche s'inscrivent aussi dans un contexte de prévention de l'incapacité de travail prolongée. Dans la littérature, trois niveaux de prévention sont définis. Le premier niveau consiste en la **prévention primaire** qui s'adresse à l'ensemble des personnes actives professionnellement. Elle concerne les actions visant à prévenir les cas de TMS en réduisant les facteurs de risque (Frank et al., 1996b; Gatchel et al., 1995a). La prévention primaire regroupe par exemple la mise en œuvre de la réglementation en santé et sécurité au travail dans les entreprises, ou encore, les programmes de sensibilisation et d'enseignement de postures et de mesures de sécurité. Le deuxième niveau touche la **prévention secondaire** et concerne les personnes blessées récemment (phase aigüe et subaigüe). Elle inclut l'ensemble des interventions qui viseront à limiter les risques de l'incapacité de travail prolongée (Frank et al., 1996a; Gatchel et al., 1995a). Les programmes d'intervention précoce et l'élaboration d'outils de dépistage des personnes le plus à risque d'incapacité de travail prolongée représentent entre autres les préoccupations de la prévention secondaire. Finalement, le troisième niveau concerne la **prévention tertiaire**. Elle s'adresse aux personnes qui sont en incapacité de travail prolongée, donc exclues partiellement ou totalement du travail depuis plus de trois mois. À ce stade de l'incapacité de travail, l'objectif de prévention visera principalement à identifier ce qui limite le retour au travail et à développer des programmes de réadaptation répondant spécifiquement aux besoins des personnes en incapacité de travail prolongée (Gatchel et al., 1995b; Waddell et al., 2003). La prévention tertiaire regroupe le développement de programmes interdisciplinaires de réadaptation au travail et la recherche des facteurs prédictifs et obstacles du retour au travail.

1.2 ÉTUDE DES FACTEURS PRÉDICTIFS ET DES OBSTACLES

L'étude des facteurs prédictifs et des obstacles constitue l'un des principaux intérêts de recherche en prévention de l'incapacité de travail prolongée. Cette section présentera d'abord les caractéristiques méthodologiques des études des facteurs prédictifs et des obstacles. Puis, elle traitera des facteurs associés à la problématique des TMS en fonction des phases du développement du problème de santé auxquelles ils ont été associés.

1.2.1 *Caractéristiques méthodologiques des études*

1.2.1.1 Définition de « facteur prédictif » et « obstacle »

Bien que largement utilisé, le terme de facteur prédictif n'est pas clairement défini par la littérature en épidémiologie, où seule est retrouvée une définition de ce qui est prédictif, qui se dit : « en sciences humaines, d'une chose qui permet d'en *prévoir* d'autres à partir des éléments qu'elle contient » (OQLF, 2006). Pour compléter cette définition, il y a celle de facteur de risque. Il se définit comme : « un facteur présent chez un individu (ex. toxicomanie), dans son environnement social et physique, ou résultant de leur interaction (ex. accidents) qui peut causer une maladie ou un traumatisme » (Blouin, 1997). Dans un contexte d'incapacité de travail prolongée, il apparaît que le sens accordé au terme facteur de risque se rapproche sensiblement du sens accordé au terme facteur prédictif. Par ailleurs, dans la littérature, les termes de facteur de risque et de facteur prédictif sont souvent utilisés de façon interchangeable. Cependant afin d'éviter toute confusion, le terme de facteur de risque ne sera pas utilisé dans ce mémoire. Ce choix tient compte notamment de l'utilisation prédominante dans la littérature récente du terme facteur

prédictif par rapport à celui de facteur de risque. Ainsi, pour la présente étude, la définition de facteur prédictif du retour au travail qui a été retenue est : « l'ensemble des facteurs propres à l'individu, appartenant à son environnement social et physique ou résultant de leur interaction, permettant de *prévoir* la probabilité de retour au travail de la personne aux prises avec un TMS ». L'obstacle, quant à lui, se définit comme : « ce qui empêche ou retarde une action, une progression » (Larousse, 2000). Conséquemment, un obstacle du retour au travail sera considéré comme tel s'il empêche ou *entrave* le retour au travail de la personne atteinte.

Les facteurs prédictifs et les obstacles se distinguent particulièrement en fonction de leur rapport au temps. Ainsi, le facteur prédictif réfère plus spécifiquement à une *prévision future* du retour au travail alors que l'obstacle identifie une *entrave actuelle* au retour au travail. Dans la littérature, certains facteurs ont parfois été considérés à la fois comme un facteur prédictif et comme un obstacle. Pourtant, selon Crook (2002), les facteurs qui prédisent l'incapacité de travail ne sont pas nécessairement les mêmes que ceux qui entravent le retour au travail. Il importe alors de les distinguer au besoin en fonction du contexte pour lequel ils ont été étudiés. Dans ce mémoire, les termes de facteur prédictif et d'obstacle seront utilisés selon les définitions précédemment énoncées.

1.2.1.2 Facteur modifiable et marqueur de risque

Certaines études portant sur les facteurs suggèrent de distinguer entre deux types de facteurs, soit les marqueurs de risque et les facteurs modifiables (Krause et al., 2001b; Waddell et al., 2003). Selon les différents auteurs, ces deux types de facteurs servent à

identifier les individus les plus à risque d'incapacité de travail prolongée. Néanmoins, ils se distinguent l'un de l'autre par leur prédisposition à se modifier ou non suite à une intervention. D'abord, les marqueurs de risque, tel que l'âge et l'état civil, sont reconnus pour être non modifiables (Krause et al., 2001b; Waddell et al., 2003) et représentent habituellement peu d'intérêt lors de la planification d'une intervention (Waddell et al., 2003). Les facteurs modifiables, quant à eux, sont généralement reconnus par leur nature adaptable (Krause et al., 2001b; Waddell et al., 2003). Ils procurent généralement à l'intervenant un point de départ à l'élaboration d'un plan d'intervention (Waddell et al., 2003). Parmi les facteurs modifiables, sont inclus entre autres, l'organisation des tâches du travail ainsi que la peur du mouvement et de se blesser à nouveau (Krause et al., 2001b; Last et al., 2004; Waddell et al., 2003). En somme, la distinction entre ces deux types de facteurs permet avant tout de mettre en évidence les facteurs qui doivent être adressés spécifiquement par le plan d'intervention afin de favoriser le retour au travail des personnes en incapacité de travail.

1.2.1.3 Classification des facteurs prédictifs et obstacles

Les études de facteurs prédictifs et obstacles ont utilisé plusieurs types de classifications, comme des regroupements par facteurs sociodémographiques, individuels, personnels, cliniques, médicaux, psychologiques, psychosociaux personnels, psychosociaux reliés au travail, physiques, biomédicaux, environnementaux, organisationnels, occupationnels, administratifs et économiques. Parallèlement à ces dernières études, une autre classification a émergé de la littérature récente et regroupe certains de ces mêmes facteurs sous le terme de « drapeaux » qui sont associés à des couleurs, soit : rouge, jaune, bleu,

et noir (Burton, 2005). Plus spécifiquement, les drapeaux rouges regroupent les différents signes cliniques associés à une pathologie grave et nécessitant une investigation médicale approfondie et immédiate (Koes et al., 2001). Ils demeurent à ce jour couramment utilisés par les intervenants oeuvrant auprès des personnes atteintes d'un TMS. Les drapeaux jaunes, eux, ont été introduits pour la première fois par Kendall et al. (1997) et se référaient à l'origine à un ensemble de facteurs psychosociaux englobant ceux de nature personnelle et ceux reliés au travail. Toutefois, certains auteurs sont plutôt d'avis de regrouper uniquement les facteurs psychosociaux d'ordre personnel (catastrophisme, détresse psychologique) sous l'attribut des drapeaux jaunes (Burton, 2005; Main, 2002). Ils ont parallèlement proposé l'utilisation du terme « drapeaux bleus » pour référer aux facteurs psychosociaux reliés au travail (perception des demandes physiques du travail, latitude décisionnelle) et celle du terme « drapeaux noirs » pour faire référence aux caractéristiques spécifiques de l'emploi et aux politiques et procédures de l'entreprise (Organisation du travail, politique d'absentéisme) (Burton, 2005; Main, 2002). Néanmoins, l'utilisation des termes de drapeaux bleus et de drapeaux noirs demeure rare. Dans la littérature actuelle, la plupart des auteurs continuent de se référer aux drapeaux jaunes tels que définis originalement par Kendal et al. (1997).

Les variations considérables des différentes classifications de facteurs utilisées dans la littérature rendent très complexe la comparaison des résultats entre les études. Certaines études et revues récentes tendent néanmoins à uniformiser leur utilisation et proposent des classifications qui sont comparables (Dionne et al., 2004; Truchon & Fillion, 2000; Turner et al., 2004). Parmi les classes de facteurs que ces études ont utilisées, se retrouve

celle des facteurs sociodémographiques, qui inclut entre autres l'âge et l'état civil. Il est parfois ajouté à ces facteurs ceux qui sont liés aux habitudes de vie comme la consommation d'alcool ou de tabac (Dionne et al., 2004). Une autre classe est celle des facteurs dits cliniques. Cette classe comprend tous les facteurs découlant des résultats de l'examen clinique et de l'histoire médicale comme l'intensité de la douleur et la présence d'antécédents de TMS. Une autre classe fréquemment étudiée est celle des facteurs psychosociaux, combinant d'une part les facteurs psychologiques (le catastrophisme, la détresse psychologique, les peurs et craintes face à l'activité) et d'autre part les facteurs sociaux (le support familial et social). Finalement, la dernière classe est celle des facteurs occupationnels. Cette classe inclut tous les facteurs inhérents au milieu de travail comme les demandes physiques du travail, l'aménagement ergonomique du poste de travail, ainsi que les facteurs psychosociaux liés au travail (satisfaction au travail, relations de travail). L'étude de Dionne et al. (2004) ajoute une cinquième classe de facteurs. Elle comprend les facteurs liés aux services de santé dans laquelle sont inclus le délai d'attente aux soins de plus de 30 jours et la satisfaction des services de santé reçus. En terminant, il est aussi remarqué que selon les différentes adaptations des classifications, un même facteur peut selon le contexte être répertorié dans deux classes différentes. Par exemple, la perception de l'état général de santé peut être classé soit avec les facteurs psychosociaux, ou encore, avec les facteurs cliniques.

L'évolution des classifications de facteurs a par ailleurs suivi l'émergence des connaissances sur les TMS. En effet, au début des années 1990, les facteurs étudiés étaient principalement d'ordre physique, clinique et sociodémographique (Gallagher et

al., 1989; Goertz, 1990). Par la suite, la reconnaissance des facteurs psychosociaux dans la problématique des TMS a été démontrée et intégrée dans la plupart des modèles de pratique et de recherche (Lancourt & Kettelhut, 1992; Linton & Hallden, 1998; Pincus et al., 2002). Puis, diverses études se sont intéressées aux effets des facteurs occupationnels, environnementaux et administratifs (Dasinger et al., 2000; MacKenzie et al., 1998; Truchon & Fillion, 2000; van der Giezen et al., 2000). Finalement, vers la fin des années 1990, l'importance de chacune de ces classes a été reconnue. Plusieurs auteurs suggèrent maintenant de les étudier comme un ensemble pour présenter un portrait plus complet de la personne en incapacité de travail prolongée (Krause et al., 2001b; Turner et al., 2000; Waddell et al., 2003) et pour observer les interactions entre les facteurs appartenant aux différentes classes (Frank et al., 1996a; Linton & Hallden, 1998; Sullivan et al., 2005). En somme, l'évolution de la connaissance des facteurs est convergente avec la transition du paradigme médical vers le paradigme d'incapacité au travail décrit précédemment.

1.2.1.4 Prédominance des facteurs prédictifs et obstacles selon la phase

Certaines études portant sur les facteurs prédictifs et les obstacles ont évalué et comparé la présence des facteurs pendant les trois phases du développement du problème de santé (aigüe, subaigüe et chronique) (Dasinger et al., 2000; Krause et al., 2001a; Oleinick et al., 1996). La comparaison des résultats entre les trois phases a permis de constater une association prédominante de certaines classes de facteurs pendant l'une ou l'autre des trois phases. Selon ces auteurs, les facteurs cliniques seraient associés majoritairement à la phase aigüe, alors que les facteurs psychosociaux et occupationnels, eux, seraient associés de façon prédominante aux phases subaigüe et chronique (Dasinger et al., 2000;

Krause et al., 2001a; Oleinick et al., 1996) Par exemple, selon Krause (2001a), la sévérité de la blessure doit être considérée principalement pendant la phase aigüe, alors que l'impact des facteurs psychosociaux reliés au travail devient plus important pendant les phases subaigüe et chronique.

Ces changements dans la nature et la force prédictive des facteurs selon les phases supportent l'hypothèse que l'incapacité de travail prolongée d'origine musculosquelettique et ses conséquences évoluent avec le temps (Krause et al., 2001b). Selon Waddell et al. (2003), le passage du temps apparaît fondamental dans le développement de l'incapacité de travail prolongée et entraîne d'importants changements biopsychosociaux chez la personne atteinte. En fait, le passage du temps semble augmenter l'effet néfaste des facteurs, que le temps lui-même aggrave. À cet effet, plusieurs auteurs recommandent maintenant que l'étude des facteurs prédictifs et des obstacles tiennent compte de la spécificité des facteurs à la phase étudiée (Dasinger et al., 2000; Krause et al., 2001a; Krause et al., 2001b; Turner et al., 2000; Waddell et al., 2003).

1.2.1.5 Mesures de résultat utilisées par les études des facteurs prédictifs et obstacles

Différentes mesures de résultats ont été utilisées en relation avec la présence des facteurs pendant l'une ou l'autre des phases. Ces mesures sont principalement la durée de l'arrêt de travail (Krause et al., 2001b; Schultz et al., 2004), le statut de travail (Dionne et al., 2004; Gatchel et al., 2005; Schultz et al., 2004), l'incapacité fonctionnelle et la présence

de douleur persistante (Brox et al., 2005; Talo et al., 1994; Walsh & Radcliffe, 2002; Williams et al., 1998). Conséquemment, la variation des mesures de résultat utilisées par les auteurs rend difficile la comparaison des résultats des différentes études. Selon Dionne et al. (2004), l'interprétation des résultats des études doit tenir compte de la mesure utilisée. En effet, selon eux, il apparaît que les mesures liées aux concepts d'incapacité fonctionnelle par opposition à celles de la situation de travail ne sont pas des mesures de résultats interchangeables (Dionne et al., 2004).

1.2.1.6 Analyses utilisées dans les études des facteurs prédictifs et obstacles

Les analyses utilisées varient également dans les études de facteurs prédictifs et d'obstacles. Certaines études ont utilisé des analyses descriptives (Brox et al., 2005; Walsh & Radcliffe, 2002). Ces analyses permettent principalement de décrire et comparer la fréquence des différents facteurs présents dans la population étudiée. La plupart des études tendent toutefois à privilégier des modèles d'analyse plus complexes de type inférentiel (Bendix et al., 1998a; Cutler et al., 2003; Dionne et al., 2004; Krause et al., 2001a; MacKenzie et al., 1998; Schultz et al., 2004). Les analyses inférentielles tentent de déterminer la présence d'association entre les facteurs étudiés et le résultat escompté. Le choix du type d'analyse inférentielle s'effectue selon la nature de la variable dépendante. En effet, si la variable est dichotomique (le statut de travail), les analyses se font habituellement par des régressions logistiques. Par contre, si la variable est continue (la durée d'arrêt de travail), les analyses s'effectuent normalement au moyen d'analyses de survie. La comparaison des résultats entre les études de facteurs doit ainsi tenir compte du type d'analyse privilégiée.

1.2.2 Les études de facteurs en phase aigüe et en phase subaigüe

L'étude des facteurs prédictifs et des obstacles de l'incapacité de travail prolongée a profondément été influencée par la parution du rapport Spitzer en 1987. En effet, parmi les différents éléments de la problématique qui se sont dégagés de ce rapport, celui-ci a mis en évidence deux principes inhérents à l'étude des facteurs pendant les phases aigüe et subaigüe. D'abord, il a souligné l'importance de se préoccuper des facteurs associés à la persistance des symptômes des maux de dos. Ensuite, à partir de la classification en trois phases du développement du mal de dos qu'il a proposée, le rapport a illustré que la période du trois mois était un moment charnière dans le développement de l'incapacité de travail prolongée. Par conséquent, à partir de ces travaux, de nombreux chercheurs ont tenté d'identifier pendant les phases aigüe et subaigüe les facteurs prédictifs de l'incapacité de travail prolongée (Krause et al., 2001b; McIntosh et al., 2000b; Pransky et al., 2000; Truchon & Fillion, 2000; Waddell et al., 2003). L'identification des facteurs pendant les phases aigüe et subaigüe repose sur l'hypothèse qu'un dépistage précoce des personnes les plus à risque permettrait ultimement d'intervenir plus tôt dans le processus de réadaptation pour ainsi « prévenir » l'incapacité de travail prolongée (Frank et al., 1996a; Gatchel et al., 1995a; Turner et al., 2004; Waddell et al., 2003). Les études de facteurs pendant ces deux phases ont beaucoup varié au niveau méthodologique, notamment en ce qui concerne les facteurs étudiés, leur classification, la méthode de collecte de données, les outils de mesures utilisés, l'analyse des données et la mesure du résultat étudiée (Krause et al., 2001b; Truchon & Fillion, 2000). Néanmoins, la prépondérance de l'association de plusieurs facteurs à l'incapacité de travail prolongée pendant les phases aigüe et subaigüe a récemment été suggérée par certaines revues

(Crook et al., 2002; Davis & Heaney, 2000; Hartvigsen et al., 2004; Krause et al., 2001a; McIntosh et al., 2000b; Pincus et al., 2002; Truchon & Fillion, 2000; Turner et al., 2000; Waddell et al., 2003).

Parmi ces revues, l'étude de Waddell et al. (2003) se démarque particulièrement. Cette étude a eu pour objet de compiler les évidences concernant les facteurs prédictifs et obstacles de l'incapacité de travail prolongée ou du retour au travail des personnes présentant une problématique d'origine musculosquelettique, cardiovasculaire ou encore de santé mentale. Plus précisément, Waddell et al. (2003) ont d'abord procédé à une recherche systématique dans les bases de données électroniques (MEDLINE, psychINFO et EMBASE) des revues de haute qualité qui traitaient soit de prédiction, d'incapacité de travail prolongée, de facteurs prédictifs ou d'outils de dépistage. Ensuite, ils ont répertorié les grandes études longitudinales qui s'intéressaient particulièrement aux facteurs administratifs et aux facteurs sociodémographiques. De cette façon, mille (1000) titres d'études et trois cents (300) résumés ont été évalués. La sélection finale des études a été faite par deux évaluateurs indépendants qui ont ensuite comparé leurs résultats. Les désaccords concernant le choix des études ont été résolus par consensus. L'extraction des données de chaque étude sélectionnée a ensuite été effectuée par un évaluateur puis vérifiée par un deuxième. Pour terminer, Waddell et al. (2003) ont aussi estimé la force de l'évidence et la force prédictive des facteurs répertoriés. Pour ces auteurs, ces notions doivent être évaluées de façon indépendante. Selon eux, la force de l'évidence fait référence à la convergence et au cumul des évidences d'un même facteur dans les études sélectionnées, tandis que la force de prédiction représente l'ordre de grandeur de l'effet

du facteur sur la problématique (Waddell et al., 2003). Le Tableau 1 présente les critères de cotation de la force de l'évidence et de la force de prédiction des facteurs selon Waddell et al. (2003)

TABLEAU 1: COTATION FORCE DE L'ÉVIDENCE ET DE LA PRÉDICTION

	FORCE DE L'ÉVIDENCE	FORCE DE PRÉDICTION
FORTE***	Résultats consistants dans plusieurs études de haute qualité.	Force prédictive forte du facteur
MODÉRÉ**	Résultats consistants dans quelques études ou dans de petites études ou dans des études de faible qualité	Force prédictive modérée du facteur
FAIBLE*	Résultats inconsistants dans plusieurs études ou résultats seulement dans une étude	Force prédictive faible du facteur

Tiré de Waddell et al., 2003; Traduction libre

Pour ce mémoire, la présentation des facteurs prédictifs et obstacles répertoriés dans la littérature se fera à l'aide d'une classification par facteurs sociodémographiques, cliniques, psychosociaux, occupationnels et liés aux services de santé. Cette classification a d'ailleurs été utilisée de façon relativement similaire par quelques auteurs, dont Dionne et al. (2004), Truchon et Filion (2000) et Turner et al. (2004). Dans les sections suivantes, quelques caractéristiques spécifiques à chacune des classes seront d'abord décrites. Par la suite, les facteurs prédictifs et obstacles répertoriés dans la littérature pour chacune des classes seront présentés sous forme de tableau résumé. À titre indicatif, la force de l'évidence et la force de prédiction des facteurs qui ont été répertoriés par l'étude de Waddell et al. (2003), seront aussi rapportés dans les tableaux. Outre les résultats rapportés par l'étude de Waddell et al. (2003), cette recension a été complétée par l'ajout de facteurs dont la relation avec la problématique de l'incapacité de travail prolongée a

été confirmée par au moins une revue ou deux études individuelles. Les forces de l'évidence et de prédiction de ces derniers facteurs ne pourront toutefois être estimées par la présente étude.

1.2.2.1 Facteurs sociodémographiques

Les facteurs sociodémographiques ont souvent été utilisés pour décrire la population aux prises avec une incapacité de travail prolongée (Truchon & Fillion, 2000). Outre l'âge, dont l'association avec la problématique est convergente dans de nombreuses études, les différents facteurs sociodémographiques sont en général peu reliés au développement de l'incapacité de travail prolongée (Waddell et al., 2003). Les résultats des études quant au genre (sexe) sont aussi très divergents et dépendent bien souvent de l'hétérogénéité des populations étudiées. Selon Dionne et al. (2004), ces divergences pourraient aussi être expliquées par le nombre peu élevé d'études qui ont présenté des résultats stratifiés en fonction du sexe. À cet effet, Dionne et al. (2004) rapportent que les études qui ont procédé à des analyses distinctes entre les hommes et les femmes ont observé plusieurs différences concernant les facteurs associés à l'incapacité de travail prolongée. Le Tableau 2 présente les sept facteurs prédictifs et obstacles de la classe des facteurs sociodémographiques répertoriés par la présente étude ayant été associés à l'incapacité de travail prolongée pendant les phases aiguë et subaiguë.

**TABLEAU 2: FACTEURS SOCIODÉMOGRAPHIQUES ASSOCIÉS À L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL PROLONGÉE
PENDANT LES PHASES AIGÛE ET SUBAIGÛE D'UN TMS**

FACTEURS	Sens de l'association ¹	Association confirmée du facteur dans ² :	Waddell et al. (2003)	
			Force évidence ³	Force prédiction ³
Âge (>)	●	1,2,3*,4,7*,10*,16,21,22,23*,24,27*, 28,30**	❖❖❖	❖❖❖
Sexe (genre)	F; ● H; ○	1,3*,12,23*,24,30**	❖	Non défini par Wadell et al (2003)
État civil (célibataire / divorcé)	●	7*,19,30**	❖	Non défini par Wadell et al (2003)
Nombre de personnes à charge (>)	●	3*,7*,24,28	Non défini par Wadell et al. (2003)	
Niveau d'éducation (>)	○	21,30**	❖	❖
Groupe ethnique (si minorité)	●	26*,30**,31	❖❖	Non défini par Wadell et al (2003)
Habitude de consommation problématique (alcool / autre)	●	21,30**	❖	❖

¹Abenhaim et al.,1995; ²Butterfiel et al.,1998; ³Crook et al.,2002; ⁴Dasingner et al., 2000; ⁵Davis et al., 2000; ⁶Dionne et al., 2004; ⁷Durand et al., 2002; ⁸Eriksen et al., 2003; ⁹Feuerstein et al., 2001; ¹⁰Frank et al., 1996B; ¹¹Fransen et al., 2002; ¹²Gatchel et al., 1995; ¹³Hartvigsen et al., 2003; ¹⁴Hogg-Johnson et al., 2003; ¹⁵Huang et al., 2003; ¹⁶Infant-Rivard et al., 1996; ¹⁷Krause et al., 2001A; ¹⁸Lancourt et al. 1992; ¹⁹Lehmann et al.,1993; ²⁰Linton et al., 1998; ²¹Mackenzie et al. 1998; ²²McIntosh et al., 2000A; ²³McIntosh et al., 2000B; ²⁴Oleinick et al., 1996; ²⁵Pincus et al., 2002; ²⁶Truchon et Fillion, 2000; ²⁷Turner et al. 2000; ²⁸Van der Giezen et al., 2000; ²⁹Van der Weide et al., 1999; ³⁰Waddell et al., 2003; ³¹Williams et al., 1998.

note¹ : ● indique que la présence de ce facteur est associée à une évolution défavorable de l'incapacité de travail prolongée.
○ indique que la présence de ce facteur est associée à une évolution favorable de l'incapacité de travail prolongée

note² : * : fait référence aux revues;
** : fait référence à la revue de Wadell et al. (2003).

Note³ : Force de l'évidence / Force de la prédiction: ❖❖❖ Forte; ❖❖ Modérée; ❖ Faible; (Tiré de Waddell et al.,2003)

1.2.2.2 Facteurs cliniques

Les facteurs cliniques ont été abondamment étudiés au début des années 1990 (Gallagher et al., 1989; Goertz, 1990; Hurri et al., 1991). Parmi eux, la présence d'irradiation de la douleur en bas du genou est sans doute l'un des facteurs cliniques dont l'association avec la problématique est le plus régulièrement reconnue par la littérature (Crook et al., 2002; Dionne et al., 2004; Durand et al., 2002; Frank et al., 1996a; Fransen et al., 2002). Outre ce facteur, la sévérité de la blessure, la présence d'antécédent de lombalgie persistante et l'intensité de la douleur sont au nombre des facteurs cliniques les plus étudiés. De façon plus spécifique, la sévérité de la blessure et la présence d'antécédent sont associées à l'incapacité de travail prolongée particulièrement pendant la phase aiguë (Krause et al., 2001b). Quant à l'intensité de la douleur, elle apparaît peu prédictive de l'incapacité de travail prolongée pendant la phase aiguë mais le devient un peu plus pendant les phases subaiguë et chronique (Truchon & Fillion, 2000). Les facteurs cliniques sont néanmoins considérés comme des facteurs prédictifs beaucoup moins puissants que les facteurs psychosociaux (Frank et al., 1996b; Gatchel et al., 1995b; MacKenzie et al., 1998; Waddell et al., 2003). Le Tableau 3 présente les huit facteurs prédictifs et obstacles de la classe des facteurs cliniques répertoriés par la présente étude ayant été associés à l'incapacité de travail prolongée pendant les phases aiguë et subaiguë.

TABLEAU 3: FACTEURS CLINIQUES ASSOCIÉS À L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL PROLONGÉE PENDANT LES PHASES AIGÛE ET SUBAIGÛE D'UN TMS

FACTEURS	Sens de l'association ¹	Association confirmée du facteur dans : ²	Waddell et al. (2003)	
			Force évidence ³	Force prédiction ³
Sévérité de la blessure (>)	●	4,7*,10*,16,17*,26*,27*	Non défini par Wadell et al. (2003)	
Antécédent: lombalgie persistante	●	3*,4,6,7*,8,10*,18,20,22,30**	❖❖❖	❖❖❖
Présence de signes neurologiques	●	3*,7*,16,18,30**	❖	❖
Présence (> 3) de signes non organiques (signe de Waddell)	●	3*,7*,16,22	Non défini par Wadell et al. (2003)	
Douleur : intensité (>)	●	3*,7*,12,18,23*,27*,30**	❖❖❖	❖❖
Douleur : irradiation en bas du genou	●	3*,7*,10*,11,18,22,29	Non défini par Wadell et al. (2003)	
Déconditionnement physique	●	2,3*,8	Non défini par Wadell et al. (2003)	
Diagnostic spécifique (avant 7 jours)	●	1,7*,16	Non défini par Wadell et al. (2003)	

¹Abenhaim et al.,1995; ²Butterfiel et al.,1998; ³Crook et al.,2002; ⁴Dasingner et al., 2000; ⁵Davis et al., 2000; ⁶Dionne et al., 2004; ⁷Durand et al., 2002; ⁸Eriksen et al., 2003; ⁹Feuerstein et al., 2001; ¹⁰Frank et al., 1996B; ¹¹Fransen et al., 2002; ¹²Gatchel et al., 1995; ¹³Hartvigsen et al., 2003; ¹⁴Hogg-Johnson et al., 2003; ¹⁵Huang et al., 2003; ¹⁶Infant-Rivard et al., 1996; ¹⁷Krause et al., 2001A; ¹⁸Lancourt et al. 1992; ¹⁹Lehmann et al.,1993; ²⁰Linton et al., 1998; ²¹Mackenzie et al. 1998; ²²McIntosh et al., 2000A; ²³McIntosh et al., 2000B; ²⁴Oleinick et al., 1996; ²⁵Pincus et al., 2002; ²⁶Truchon et Fillion, 2000; ²⁷Turner et al. 2000; ²⁸Van der Giezen et al., 2000; ²⁹Van der Weide et al., 1999; ³⁰Waddell et al., 2003; ³¹Williams et al., 1998.

note¹ : ● indique que la présence de ce facteur est associée à une évolution défavorable de l'incapacité de travail prolongée.
○ indique que la présence de ce facteur est associée à une évolution favorable de l'incapacité de travail prolongée.

note² : * : fait référence aux revues;
** : fait référence à la revue de Wadell et al. (2003).

Note³ : Force de l'évidence / Force de la prédiction: ❖❖❖ Forte; ❖❖ Modérée; ❖ Faible; (Tiré de Waddell et al.,2003)

1.2.2.3 Facteurs psychosociaux

Les facteurs psychosociaux sont considérés pour avoir une force d'évidence et force de prédiction de l'incapacité de travail prolongée très forte (Linton & Hallden, 1998; Main, 2002; Marhold et al., 2002; Pincus et al., 2002; Turk & Okifuji, 2002; Waddell et al., 2003). Parmi les facteurs psychosociaux les plus étudiés récemment se retrouvent la perception d'incapacité fonctionnelle, la détresse psychologique et le catastrophisme. De façon générale, les facteurs psychosociaux semblent avoir un impact plus important dans le développement de l'incapacité de travail prolongée à partir des phases subaigüe et chronique. Il importe toutefois de noter que le terme « psychosocial » a été utilisé de différentes façons par les auteurs. En effet, selon les auteurs, la classification des facteurs psychosociaux pouvait inclure à la fois des facteurs de nature « personnelle » et des facteurs « reliés au milieu de travail ». Les études récentes tendent cependant à classer ces facteurs dans deux classes distinctes (Burton, 2005; Main, 2002; Truchon & Fillion, 2000). Dans la présente étude, le terme de « facteurs psychosociaux » fera référence aux facteurs psychosociaux personnels. Ceux qui sont reliés au travail seront intégrés parmi la classe des facteurs occupationnels. Le Tableau 4 présente les dix facteurs prédictifs et obstacles de la classe des facteurs psychosociaux répertoriés par la présente étude ayant été associés à l'incapacité de travail prolongée pendant les phases aigüe et subaigüe.

TABLEAU 4: FACTEURS PSYCHOSOCIAUX ASSOCIÉS À L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL PROLONGÉE PENDANT LES PHASES AIGÛE ET SUBAIGÛE D'UN TMS

FACTEURS	Sens de l'association ¹	Association confirmée du facteur dans : ²	Waddell et al. (2003)	
			Force évidence ³	Force prédiction ³
Perception : état général de santé (<)	●	2,7*,11,30**	◆◆◆	◆◆
Perception : incapacité fonctionnelle (>)	●	3*,7*,11,12,13*,18,21,22,27*,29,30**	◆◆◆	◆◆
Détresse psychologique (>)	●	18,20,26*,30**	◆◆◆	◆◆◆
Dépression	●	25*,26*,30**	◆◆◆	◆◆
Anxiété (>)	●	3*,30**	◆	◆
Antécédents psychologiques	●	30**	◆	◆
Peurs/ craintes vs activité « travail » (>)	●	18,20,29,30**	◆◆	◆◆
Catastrophisme (>)	●	7*,18,25*,26*,30**	◆◆◆	◆◆
Somatisation (>)	●	10*,26*,30*	◆◆◆	◆◆
Exposition : événements personnels stressants	●	18,20,30**	◆	◆

¹Abenhaim et al.,1995; ²Butterfiel et al.,1998; ³Crook et al.,2002; ⁴Dasingner et al., 2000; ⁵Davis et al., 2000; ⁶Dionne et al., 2004; ⁷Durand et al., 2002; ⁸Eriksen et al., 2003; ⁹Feuerstein et al., 2001; ¹⁰Frank et al., 1996B; ¹¹Fransen et al., 2002; ¹²Gatchel et al., 1995; ¹³Hartvigsen et al., 2003; ¹⁴Hogg-Johnson et al., 2003; ¹⁵Huang et al., 2003; ¹⁶Infant-Rivard et al., 1996; ¹⁷Krause et al., 2001A; ¹⁸Lancourt et al. 1992; ¹⁹Lehmann et al.,1993; ²⁰Linton et al., 1998; ²¹Mackenzie et al. 1998; ²²McIntosh et al., 2000A; ²³McIntosh et al., 2000B; ²⁴Oleinick et al., 1996; ²⁵Pincus et al., 2002; ²⁶Truchon et Fillion, 2000; ²⁷Turner et al. 2000; ²⁸Van der Giezen et al., 2000; ²⁹Van der Weide et al., 1999; ³⁰Waddell et al., 2003; ³¹Williams et al., 1998.

note¹ : ● indique que la présence de ce facteur est associée à une évolution défavorable de l'incapacité de travail prolongée.
○ indique que la présence de ce facteur est associée à une évolution favorable de l'incapacité de travail prolongée

note² : * :fait référence aux revues;
** : fait référence à la revue de Wadell et al. (2003).

Note³ : Force de l'évidence / Force de la prédiction: ◆◆◆ Forte; ◆◆ Modérée; ◆ Faible; (Tiré de Waddell et al.,2003)

1.2.2.4 Facteurs occupationnels

Les facteurs occupationnels incluent les facteurs liés aux demandes physiques du travail, les facteurs ergonomiques et tous les facteurs psychosociaux reliés au travail. La durée de l'arrêt de travail, la satisfaction au travail, les demandes physiques du travail sont parmi les facteurs occupationnels les plus étudiés. Selon Krause et al. (2001a), la force de l'association des facteurs liés aux demandes physiques du travail semble très peu varier selon les phases. Par contre, toujours selon Krause et al. (2001a), l'importance des facteurs psychosociaux reliés au travail augmente généralement lors du passage à la phase subaigüe et persiste pendant la phase chronique. L'étude des facteurs occupationnels demeure toutefois relativement hétérogène. En effet, la nature des facteurs étudiés varie beaucoup entre les études. Dans le même sens, Linton (2001) remarque aussi que les facteurs occupationnels sont souvent mesurés avec une variété de questionnaires non standardisés qui ont pour la plupart été élaborés spécifiquement pour l'étude. Le Tableau 5 présente les douze facteurs prédictifs et obstacles de la classe des facteurs occupationnels répertoriés par la présente étude ayant été associés à l'incapacité de travail prolongée pendant les phases aigüe et subaigüe.

TABLEAU 5: FACTEURS OCCUPATIONNELS ASSOCIÉS À L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL PROLONGÉE PENDANT LES PHASES AIGÛE ET SUBAIGÛE D'UN TMS

FACTEURS	Sens de l'association ¹	Association confirmée du facteur dans : ²	Waddell et al. (2003)	
			Force évidence ³	Force prédiction ³
Durée de l'arrêt de travail (>)	●	7*,16,18,20,30**	❖❖❖	❖❖❖
Projection face au retour au travail (>)	○	7*,18,20,30**	❖❖❖	❖❖❖
Ancienneté (<)	●	3*,4,6,7*,9,16,18,21	Non défini par Wadell et al. (2003)	
Perte du lien d'emploi	●	18,30**	❖❖❖	❖❖❖
Compensations financières (< ou >)	●	1,7*,8,12,16,21,24,27*,30**	❖❖❖	❖❖❖
Secteur d'activité (si construction)	●	8,21,24,27*,30**	❖❖❖	❖❖
Taille de l'entreprise (<)	●	24,27*	Non défini par Wadell et al. (2003)	
Travaux légers non disponibles	●	3*,7*,11,14,18, 32*	Non défini par Wadell et al. (2003)	
Demandes physiques du travail (>)	●	4,7*,11,12,17,21,29,30**	❖❖❖	❖
Latitude décisionnelle (<)	●	3*,5,15,17,21	Non défini par Wadell et al. (2003)	
Satisfaction au travail (<)	●	7*,26*,28,30**,31	❖❖❖	❖❖❖
Soutien social au travail (<)	●	3*,5,7*,8,11,13*,17*,21,29	Non défini par Wadell et al. (2003)	

¹Abenhaim et al.,1995; ²Butterfiel et al.,1998; ³Crook et al.,2002; ⁴Dasingner et al., 2000; ⁵Davis et al., 2000; ⁶Dionne et al., 2004; ⁷Durand et al., 2002; ⁸Eriksen et al., 2003; ⁹Feuerstein et al., 2001; ¹⁰Frank et al., 1996B; ¹¹Fransen et al., 2002; ¹²Gatchel et al., 1995; ¹³Hartvigsen et al., 2003; ¹⁴Hogg-Johnson et al., 2003; ¹⁵Huang et al., 2003; ¹⁶Infant-Rivard et al., 1996; ¹⁷Krause et al., 2001A; ¹⁸Lancourt et al. 1992; ¹⁹Lehmann et al.,1993; ²⁰Linton et al., 1998; ²¹Mackenzie et al. 1998; ²²McIntosh et al., 2000A; ²³McIntosh et al., 2000B; ²⁴Oleinick et al., 1996; ²⁵Pincus et al., 2002; ²⁶Truchon et Fillion, 2000; ²⁷Turner et al. 2000; ²⁸Van der Giezen et al., 2000; ²⁹Van der Weide et al., 1999; ³⁰Waddell et al., 2003; ³¹Williams et al., 1998. ³²Franché et al., 2005b

note¹ : ● indique que la présence de ce facteur est associée à une évolution défavorable de l'incapacité de travail prolongée.
○ indique que la présence de ce facteur est associée à une évolution favorable de l'incapacité de travail prolongée.

note² : * : fait référence aux revues; ** : fait référence à la revue de Waddell et al. (2003).

Note³ : Force de l'évidence / Force de la prédiction: ❖❖❖ Forte; ❖❖ Modérée; ❖ Faible; (Tiré de Waddell et al.,2003)

1.2.2.5 Facteurs liés aux soins de santé

Cette cinquième classe de facteurs a été très peu documentée par les études en phases aigüe et subaigüe. Bien que quelques facteurs liés aux soins de santé aient été associés à l'incapacité de travail prolongée dans l'étude de Dionne et al. (2004), notamment en ce qui concerne la satisfaction des services de santé reçus, ils n'ont pu être comparés avec les résultats de d'autres études considérant le peu de matériel présent dans la littérature à ce sujet. Par ailleurs, il a été remarqué par cette recension que la majorité des études portant sur les facteurs prédictifs et obstacles de l'incapacité de travail prolongée ne tiennent pas compte ni de la nature, ni des caractéristiques des interventions que les participants ont reçues (ou non reçues). Ainsi, le délai d'attente aux soins est le seul facteur lié aux soins de santé répertorié qui a été associé dans plus de deux études à l'incapacité de travail prolongée pendant les phases aigüe et subaigüe. Turner et al. (2000) soulignent néanmoins l'intérêt des facteurs liés aux soins de santé. Selon eux, ils joueraient possiblement un rôle dans le développement de l'incapacité de travail prolongée. L'étude de ces facteurs s'accorde aussi avec le cadre conceptuel du paradigme d'incapacité qui suggère l'implication des facteurs appartenant au système des soins de la santé dans la prévention de l'incapacité de travail prolongée (Loisel et al., 2001). Le Tableau 6 présente le facteur lié aux soins de la santé répertorié par la présente étude ayant été associé à l'incapacité de travail prolongée pendant les phases aigüe et subaigüe.

**TABLEAU 6: FACTEUR LIÉ AUX SOINS DE SANTÉ ASSOCIÉ À
L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL PROLONGÉE PENDANT LES
PHASES AIGÛE ET SUBAIGÛE D'UN TMS**

FACTEURS	Sens de l'association¹	Association confirmée du facteur dans :²	Waddell et al. (2003) Force évidence/prédiction
Délais d'attente aux soins (>)	●	7*,16, 22,27*	Non défini par Wadell et al. (2003)

⁷Durand et al., 2002 ; ¹⁶Infant-Rivard et al., 1996; ²²McIntosh et al., 2000A; ²⁷Turner et al. 2000.

note¹ : ● indique que la présence de ce facteur est associée à une évolution défavorable de l'incapacité de travail prolongée.

○ indique que la présence de ce facteur est associée à une évolution favorable de l'incapacité de travail prolongée

note² : * : fait référence aux revues.

1.2.3 Les études de facteurs en phase chronique

Les études portant sur l'identification des facteurs prédictifs et obstacles de l'incapacité de travail prolongée ont très peu documenté les facteurs présents pendant la phase chronique (Adams & Williams, 2003). La connaissance des facteurs en phase chronique contraste ainsi avec celle des facteurs pendant les phases aiguë et subaiguë. Or, le but des études de facteurs pendant la phase chronique ne sera plus d'identifier les individus les plus à risque d'incapacité de travail prolongée, puisque, pendant cette phase, le risque est déjà bien établi (Waddell et al., 2003). D'ailleurs, selon Waddell et al. (2003), une période prolongée d'arrêt de travail est en soi un facteur prédictif puissant de l'incapacité de travail prolongée. Ainsi, l'identification des facteurs prédictifs et obstacles du retour au travail pendant la phase chronique aura plutôt pour objet de cerner plus spécifiquement les besoins et difficultés des travailleurs (Adams & Williams, 2003; Gatchel et al., 1995b; Waddell et al., 2003). L'hypothèse sous-jacente à ces études suggère qu'elles permettraient ensuite de mieux planifier les interventions visant le retour au travail des personnes atteintes (Frank et al., 1996a; Gallagher et al., 1989; Gatchel et al., 1995b; Marhold et al., 2002; Waddell et al., 2003).

La littérature en prévention d'incapacité de travail prolongée présente ainsi quelques études qui ont analysé les facteurs prédictifs et obstacles pendant la phase chronique. Dans l'ensemble, ces études varient beaucoup sur le plan de leurs qualités méthodologiques principalement en ce qui concerne les facteurs étudiés. Par exemple, certaines d'entre elles se sont intéressées plus particulièrement aux facteurs sociodémographiques et physiques (Bendix et al., 1998b; Cutler et al., 2003; Gatchel et

al., 2005). D'autres études ont adressé plus spécifiquement les facteurs psychosociaux (Brox et al., 2005; Cutler et al., 2003; Sullivan et al., 2005; Walsh & Radcliffe, 2002). En fait, seulement deux études et une revue systématique ont considéré des facteurs appartenant à la fois aux classes de facteurs sociodémographiques, cliniques, psychosociaux et occupationnels (Schultz et al., 2004; van der Giezen et al., 2000; van der Hulst et al., 2005). De plus, tout comme pour les études de facteurs en phases aiguë et subaiguë, celles en phase chronique ont peu documenté les facteurs liés aux soins de santé. En revanche, quelques unes ont tenu compte des interventions reçues par leurs participants (Bendix et al., 1998a; Cutler et al., 2003; Gatchel et al., 2005; Sullivan et al., 2005; Walsh & Radcliffe, 2002). Toutefois, ces dernières études n'ont considéré qu'un nombre restreint de facteurs, soit quelques facteurs psychosociaux (Cutler et al., 2003; Sullivan et al., 2005; Walsh & Radcliffe, 2002), sociodémographiques (Bendix et al., 1998a; Gatchel et al., 2005) ou physiques (cliniques) (Bendix et al., 1998a; Cutler et al., 2003). Van der Hulst et al. (2005), dans leur revue systématique des facteurs prédictifs de l'efficacité des programmes d'intervention en phase chronique, arrivent à un constat similaire en indiquant que la majorité des études répertoriées n'avait pris en considération que de un à trois facteurs prédictifs et obstacles et qu'aucune de ces études n'avait pris en compte simultanément des facteurs appartenant aux trois classes principales (van der Hulst et al., 2005). Une autre variation méthodologique entre ces études concerne les analyses. En effet, bien que la plupart des études répertoriées par la présente étude aient utilisé des analyses de type inférentielle (Bendix et al., 1998a; Cutler et al., 2003; Gatchel et al., 2005; Schultz et al., 2004; van der Giezen et al., 2000), deux des études ont utilisé des analyses descriptives, l'une pour comparer les mesures de facteurs en pré et post

intervention (Walsh & Radcliffe, 2002), l'autre pour comparer la présence de facteurs entre un groupe en phase subaigüe et l'autre en phase chronique (Brox et al., 2005). Également, dans les études de facteurs en phase chronique, une certaine confusion existe concernant la définition même de la phase chronique. Ainsi, tout comme la présente étude, la majorité d'entre elles ont considéré la présence de douleur persistante et l'exclusion du travail comme critères inclusifs de la phase chronique (Bendix et al., 1998a; Gatchel et al., 2005; Schultz et al., 2004; Sullivan et al., 2005; van der Giezen et al., 2000; van der Hulst et al., 2005). Toutefois, certaines des études mentionnent que leur population avait une incapacité à cause de la douleur mais ne précisent pas la durée de leur absence du travail (Brox et al., 2005; Cutler et al., 2003; Walsh & Radcliffe, 2002). Il est donc impossible d'établir si leur population se trouvaient réellement en incapacité de travail prolongée ou présentait uniquement de la douleur chronique. Selon van der Hulst et al. (2005), cette situation ainsi que le peu de similitudes entre les études concernant les facteurs étudiés complexifient davantage la comparaison des quelques résultats disponibles pour la phase chronique (van der Hulst et al., 2005).

Dans ce mémoire, la présentation des facteurs prédictifs et obstacles de la littérature qui ont été associés à la phase chronique utilisera la même classification que celle utilisée pour présenter les facteurs en phase aigüe et subaigüe. Toutefois, en considération des connaissances limitées des facteurs en phase chronique, tous les facteurs répertoriés par cette recension ont été conservés même s'ils n'avaient été associés à la problématique que dans une seule étude. Par conséquent, la démonstration de la force de l'évidence de la plupart des facteurs associés à la phase chronique reste encore à faire. Le Tableau 7

présente les quatorze facteurs prédictifs et obstacles qui ont été associés à l'incapacité de travail prolongée pendant la phase chronique ayant répertoriés par la présente étude. Il a également été indiqué dans ce tableau les facteurs qui ont aussi été associés à l'incapacité de travail prolongé pendant les phases aiguë et subaiguë.

**TABLEAU 7: FACTEURS ASSOCIÉS À L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL
PROLONGÉE PENDANT LA PHASE CHRONIQUE D'UN TMS**

FACTEURS	Sens ¹ association	Association ² Confirmée:	Facteur ³ A / Sub-A
Facteurs sociodémographiques			
Âge (<)	○	1,7	√
Rôle de pourvoyeur	○	7	
Facteurs cliniques			
Douleur : intensité (>)	●	1,2,3,5,6,7,8*	√
Endurance musculaire du tronc (<)	●	2	
Capacité à s'accroupir	○	3	
Facteurs psychosociaux			
Perception incapacité fonctionnelle (>)	●	2,5,6,9	√
Perception état général de santé (>)	○	5,7,9	√
Détresse psychologique (>)	●	2	√
Peurs/craintes vs activité « travail » (>)	●	2,6	√
Sentiment d'efficacité personnelle (>)	○	2	
Investissement actif travailleur (>)	○	8*	
Facteurs occupationnels			
Compensations financières (< ou >)	●	3,5	√
Satisfaction au travail (>)	○	7,8*	√
Latitude décisionnelle (>)	●	5	√

¹Bendix et al.,1998; ²Brox et al.,2005; ³Cutler et al., 2003; ⁴Gatchel et al., 2005; ⁵Schultz et al., 2004; ⁶Sullivan et al., 2005; ⁷Van der Giezen et al., 2000; ⁸Van der Hulst et al., 2005; ⁹Walsh et Radcliffe, 2002.

note¹ : ● indique que la présence de ce facteur est associée à une évolution défavorable de l'incapacité de travail prolongée.
○ indique que la présence de ce facteur est associée à une évolution favorable de l'incapacité de travail prolongée

note² : * : fait référence à la revue systématique de Van der Hulst et al., 2005.

note³ : √ : indique que le facteur a aussi été associé à l'incapacité de travail prolongée pendant les phases aigüe (A) et subaigüe (sub-A).

1.3 ÉTUDE DES PROGRAMMES DE RÉADAPTATION AU TRAVAIL

Comme il a été mentionné, la première partie de la recension des écrits a porté sur les études de facteurs prédictifs et obstacles, qui pour la plupart n'ont pas pris en compte les traitements reçus ou non par leur population. Or, le deuxième intérêt de recherche en prévention de l'incapacité de travail prolongée concerne l'ensemble des études portant sur l'efficacité des programmes de réadaptation au travail. Depuis le début des années 2000, la librairie Cochrane a publié quelques revues systématiques sur les programmes de réadaptation au travail. (Guzman et al., 2001; Karjalainen et al., 2000; Schonstein et al., 2003b). De ces trois revues systématiques, deux d'entre elles ont porté plus spécifiquement sur les programmes de réadaptation offerts à des personnes souffrant de maux de dos (Guzman et al., 2001; Schonstein et al., 2003a), alors que l'autre concernait les programmes de réadaptation pour des personnes ayant une atteinte aux membres supérieurs (Karjalainen et al., 2000). Les années de publication des études retenues par ces trois revues systématiques varient entre 1989 et 2000 (Guzman et al., 2001; Karjalainen et al., 2000; Schonstein et al., 2003a). De façon générale, elles notent que les études des programmes de réadaptation ont analysé leur efficacité en fonction deux types de mesure du résultat. D'abord, plusieurs d'entre elles ont privilégié une mesure du résultat liée au concept d'incapacité de travail, soit en mesurant le statut de travail post-programme ou la durée totale de l'arrêt de travail. Par contre, d'autres études ont comparé essentiellement en pré et en post-programme les mesures d'intensité de la douleur et de la perception d'incapacité (Guzman et al., 2001; Schonstein et al., 2003a; Schonstein et al., 2003b). Ainsi, tel que mentionné précédemment pour les études sur les facteurs, il existe également pour les études de programme de réadaptation une certaine confusion

concernant l'interprétation de la chronicité en regard des concepts de douleur persistante et de l'incapacité de travail prolongée. Selon Schonstein et al. (2003b), l'hétérogénéité des mesures de résultats utilisées limite le degré possible de comparaison entre les études des programmes de réadaptation au travail. Ces revues ont tout de même réussi à dégager certaines similitudes entre les programmes de réadaptation démontrés efficaces en regard de l'incapacité de travail prolongée. À cet effet, Schonstein et al. (2003b) concluent que comparativement aux traitements conventionnels, les programmes de conditionnement physique sont plus efficaces. De façon plus spécifique, Schonstein et al. (2003b) mentionnent que les programmes les plus efficaces sont généralement combinés à l'utilisation d'une approche cognitivo-comportementale. Les conclusions de Schonstein et al. (2003b) s'accordent avec celles de Guzman et al. (2001) et de Karjalainen et al. (2000). Par ailleurs, Guzman et al. (2001) rajoutent que, pour être plus efficaces, les programmes de réadaptation doivent être multidisciplinaires, utiliser une approche biopsychosociale et inclure un programme de réentraînement intensif (plus de cent heures de thérapie). Deux autres revues de littérature (Frank et al., 1996a; Staal et al., 2002) arrivent à un constat similaire quant aux types de programmes les plus efficaces en réadaptation au travail. Or, l'efficacité des programmes de réadaptation a été mesurée de différentes façons par ces revues systématiques et revues de littérature. Pour leurs parts, Guzman et al. (2001) concluent que les programmes de réadaptation décrits précédemment augmentent la capacité fonctionnelle (évidence forte) et diminuent la douleur (évidence modérée). Néanmoins, selon Guzman et al (2001), il y a une évidence contradictoire concernant l'efficacité des programmes en regard du retour au travail. Schonstein et al (2003a), quant à eux, ont constaté que les programmes de réadaptation au

travail diminuent significativement le nombre de jours d'absence du travail de quarante-cinq (45) jours en moyenne. Finalement, le pourcentage d'efficacité des programmes de réadaptation en phase chronique pour permettre aux personnes atteintes d'un TMS de retourner au travail a été estimé par Frank et al. (1996a) à près de 50%.

Malgré l'avancement des connaissances concernant l'efficacité des programmes de réadaptation au travail, Staal et al. (2002) soulignent qu'il n'est pas encore possible de cerner les différents concepts sous-jacents à l'intervention efficace. Selon eux, il subsiste une incompréhension de la relation entre les différentes composantes des programmes de réadaptation et leur degré d'efficacité. De plus, considérant que la majorité des études de programme de réadaptation n'ont tenu compte que d'un nombre restreint de facteur dans leur analyse des résultats, le lien entre les composantes des programmes et les caractéristiques des personnes atteintes n'est pas encore déterminé. Il apparaît ainsi difficile de déterminer en présence de quels facteurs prédictifs et obstacles l'issue d'un programme de réadaptation sera favorable aux personnes en incapacité de travail prolongée (Frank et al., 1996a; Staal et al., 2002).

1.4 CONSTATS DES ÉTUDES EN PRÉVENTION D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL PROLONGÉE

En résumé, parmi les principaux constats qui se dégagent de la littérature en prévention de l'incapacité de travail prolongée, il a été observé que les études portant sur les facteurs prédictifs et obstacles ont permis d'identifier un grand nombre de facteurs associés au développement de l'incapacité de travail pendant les phases aiguë et subaiguë. Ces

connaissances contribuent ainsi à mieux identifier pendant ces deux phases, les personnes les plus à risque d'incapacité de travail prolongée (Waddell et al., 2003).

À l'opposé, les connaissances portant sur les facteurs associés à la phase chronique demeurent très limitées (Adams & Williams, 2003). En effet, les résultats des études répertoriées offrent une vision relativement restreinte des facteurs impliqués dans la détermination de l'incapacité de travail prolongée pendant la phase chronique.

Selon Waddell et al. (2003), le savoir actuel sur les facteurs prédictifs et obstacles, particulièrement pour ceux qui sont associés aux phases aiguë et subaiguë, conduit nécessairement à l'élaboration d'outils de prédiction de l'incapacité de travail prolongée. Néanmoins, toujours selon Waddell (2003), l'élaboration de ces outils doit tenir compte de différents éléments qui peuvent affecter leur sensibilité. En effet, la sensibilité des outils pourrait varier en fonction des facteurs sélectionnés, de la phase étudiée, des interventions prodiguées et de la mesure du résultat visé. Dans le même sens, Krause et al. (2001b) formulent quelques recommandations pour les études futures de facteurs. Parmi ces recommandations, il est mentionné l'importance d'identifier des facteurs appartenant à chacune des classes principales (sociodémographique, clinique, psychosociale et occupationnelle), d'étudier préférentiellement les facteurs dits « modifiables », d'analyser les facteurs en fonction de leur spécificité à la phase étudiée, de choisir une mesure du résultat appropriée à la question d'évaluation, d'utiliser des outils de mesure valides et des analyses de données de type inférentiel (Krause et al., 2001b).

Certains constats se dégagent également de la section concernant les programmes de réadaptation. En effet, quelques revues systématiques ont constaté que pendant la phase chronique, la participation à un programme multidisciplinaire incluant une approche biopsychosociale, avec des composantes cognitivo-comportementales et de conditionnement physique favoriserait le retour au travail des personnes aux prises avec un TMS (Frank et al., 1996a; Guzman et al., 2001; Karjalainen et al., 2000; Schonstein et al., 2003b; Staal et al., 2002). Néanmoins, ces résultats ne permettent pas encore d'identifier avec précision les mécanismes sous-jacents à l'efficacité des programmes (Hlobil et al., 2005a; Staal et al., 2002), ni même de savoir en présence de quels facteurs les interventions visant le retour au travail sont favorisées (Frank et al., 1996a; Staal et al., 2002).

En somme, cette recension des écrits permet de constater que le retour au travail des personnes en incapacité de travail prolongée apparaît être influencé autant par la présence des divers facteurs que par la participation à certains programmes de réadaptation (Staal et al., 2002). Toutefois, la recherche en prévention d'incapacité de travail prolongée se révèle assez cloisonnée. En effet, les connaissances des deux principaux intérêts de recherche en prévention d'incapacité de travail prolongée semblent être peu transférables d'un champ d'intérêt à l'autre. L'un étudie les facteurs prédictifs et obstacles, mais ne tient pas toujours compte de la présence et de la nature des interventions reçues par les participants. À l'opposé, l'autre évalue l'intervention sans tenir compte de l'ensemble des facteurs prédictifs et obstacles présents chez les participants. Cette situation présente donc deux univers de recherche qui visent un but

commun, soit celui de réduire l'incapacité de travail prolongée, mais qui sont aussi relativement indépendants l'un de l'autre. Il est donc possible que cet apparent cloisonnement soit en partie responsable de la compréhension encore limitée de la problématique de l'incapacité de travail prolongée liée aux TMS.

CHAPITRE 2: PERTINENCE ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

L'incapacité de travail prolongée liée aux TMS représente actuellement l'un des plus grands fardeaux économiques associés à une maladie (INSPQ, 2005). Parmi les solutions proposées par la littérature, il apparaît à ce jour que la recherche de facteurs associés à la phase chronique et liée à la prévention tertiaire constitue l'une des avenues prometteuses de la prévention de l'incapacité de travail prolongée (Gatchel et al., 1995b; Krause et al., 2001a; Waddell et al., 2003). Or, la recension des écrits qui précède révèle que les études s'intéressant aux facteurs prédictifs et obstacles en phase chronique demeurent relativement rares. Par conséquent, les connaissances en ce sens sont encore très limitées. Selon Adams et Williams (2003), cette situation limiterait aussi le développement d'interventions thérapeutiques efficaces visant le retour au travail des personnes en incapacité de travail prolongée. À la lumière des recommandations qui se dégagent de la littérature, l'étude des facteurs prédictifs et obstacles doit préférablement inclure des facteurs appartenant à chacune des grandes classes de facteurs mentionnées précédemment. Elle doit tenir compte de la spécificité des facteurs à la phase étudiée (la phase chronique pour cette étude). Elle doit aussi analyser la présence des facteurs en fonction de leur inférence sur le résultat escompté, plus particulièrement pour cette étude, le retour au travail des personnes en incapacité de travail prolongée. Cette recension souligne également que le retour au travail des personnes en incapacité de travail prolongée pourrait être influencé autant par la présence de divers facteurs que par les interventions dont ces personnes ont bénéficié. Ainsi, il apparaît que l'étude des facteurs

prédictifs et obstacles a avantage à considérer dans ses résultats les interventions que leurs participants ont reçues.

La présente étude découle de ces dernières recommandations. Elle se situe au niveau de la prévention tertiaire de l'incapacité de travail prolongée. Le cadre de référence de cette étude s'accorde avec celui du paradigme d'incapacité et du cadre conceptuel du PPH, ces derniers étant complémentaires à la compréhension des causes et conséquences de l'incapacité de travail prolongée. Cette étude tentera ainsi de connaître quels sont les facteurs prédictifs et obstacles présents chez des personnes en incapacité de travail prolongée qui ont été admises à un programme interdisciplinaire de réadaptation au travail. Également, cette étude tâchera de découvrir chez ces mêmes participants, si certains des facteurs prédictifs et obstacles présents sont associés au statut de travail. Ces questions de recherche ont donc permis d'opérationnaliser pour cette étude les objectifs suivants :

1. Identifier la présence des facteurs prédictifs et obstacles du retour au travail
 - chez des personnes en incapacité de travail prolongée qui ont été admises à un programme interdisciplinaire de réadaptation au travail.
2. Explorer la présence d'associations (favorables et défavorables) entre les facteurs prédictifs, les obstacles et le statut de travail
 - chez des personnes en incapacité de travail prolongée qui ont été admises à un programme interdisciplinaire de réadaptation au travail.

CHAPITRE 3: MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre présente d'abord le devis de recherche et le cadre de l'étude. Par la suite, la population à l'étude, les variables, les moments d'observation, les instruments de mesure et les aspects liés à la saisie et à l'analyse des données seront décrits. Finalement, les considérations éthiques ainsi que les biais et limites possibles de l'étude seront présentés.

3.1 STRATÉGIE DE RECHERCHE

3.1.1 *Devis de recherche*

Le devis utilisé pour répondre aux deux objectifs de l'étude est de type **descriptif-corrélational** (Fortin, 1996). Selon Fortin (1996), ce devis permet d'explorer et de déterminer l'existence de relations entre différentes variables d'un même phénomène. De façon générale, il est utilisé lorsque le chercheur est en présence de plusieurs variables dont il ne sait lesquelles peuvent être mutuellement reliées. À l'instar des hypothèses de recherche, Fortin (1996) privilégie pour ce devis l'élaboration de questions de recherche. Dans la présente étude, l'exploration de relations entre les facteurs et le statut de travail des participants à l'étude permettra subséquemment de décrire la nature des relations identifiées. Ce devis suppose aussi que la définition et la description préalables des variables aient été établies à un niveau de recherche précédent. Or, les nombreuses recherches portant sur les facteurs, particulièrement celles en phases aigüe et subaigüe, ont permis de décrire et définir plusieurs des facteurs de cette étude.

3.1.2 Cadre de l'étude

La présente étude porte sur l'analyse d'une base de donnée déjà constituée qui documente diverses informations relatives aux participants du programme PRÉVICAP de quatre des dix établissements du Réseau de Réadaptation au Travail du Québec (RRTQ¹) où le programme a été implanté. Les quatre établissements sont : le Centre de réadaptation Lucie-Bruneau à Montréal, le Centre de réadaptation La Maison à Rouyn-Noranda, le Centre de recherche clinique de l'hôpital Charles LeMoine à Longueuil et l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec. Le programme PRÉVICAP (Durand & Loisel, 2001a; Durand et al., 2004; Durand et al., 2003) est un programme interdisciplinaire de réadaptation au travail d'une durée moyenne de douze semaines. Il offre une prise en charge en milieu de travail et en clinique. Ce programme est basé sur le modèle de Sherbrooke (Loisel et al., 1994). Il a fait l'objet de publications portant sur l'efficacité et le coût-efficacité de ce type de prise en charge (Durand & Loisel, 2001a; Loisel et al., 1997; Loisel et al., 2002).

Le programme PRÉVICAP inclut trois composantes principales. La première est le Diagnostic de la Situation de Handicap au Travail (DSHT) (Durand et al., 2002). Le DSHT a deux objectifs principaux, soit celui d'éliminer un diagnostic de gravité en évaluant la présence de drapeaux rouges et celui de formuler un diagnostic sur la ou les causes de l'incapacité de travail prolongée d'origine musculosquelettique (Durand et al., 2004; Durand et al., 2002). Cette portion du programme consiste essentiellement en

¹ Le réseau de réadaptation au travail du Québec (RRTQ) est né d'une alliance entre l'association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec et l'Hôpital Charles Lemoyne. Il inclut 10 centres de réadaptation et 1 centre hospitalier de courte durée ayant une mission en réadaptation.

l'évaluation initiale des participants au programme PRÉVICAP grâce à l'utilisation de l'Outil d'Identification de la Situation de Handicap au Travail (OISHT) (Durand et al., 2004; Durand et al., 2002). Cette composante est au cœur de la présente étude puisqu'elle permet de récolter les informations nécessaires à l'identification des Indicateurs de la Situation de Handicap au Travail (ISHT) présents chez les participants au programme PRÉVICAP. Plus précisément, les ISHT représentent la majorité des facteurs prédictifs et des obstacles de la littérature scientifique associés à l'incapacité de travail prolongée. À ceux-ci ont été ajoutés un certain nombre de facteurs qui ont été validés par un comité d'experts en considération de leurs impacts sur la problématique des TMS (Durand et al., 2002).

Les deux autres composantes du programme PRÉVICAP sont le pré-retour thérapeutique au travail (pré-RTT) et le retour thérapeutique au travail (RTT). Brièvement, le pré-RTT consiste en une prise en charge en milieu clinique par une équipe interdisciplinaire. Il vise principalement à établir des conditions favorables avec le milieu de travail et à développer les capacités physiques, psychologiques et sociales du participant. Cette composante prépare ainsi le participant à retourner à son emploi pré-lésionnel (Durand & Loisel, 2001a; Durand et al., 2004). Le RTT offre ensuite une prise en charge en milieu réel de travail. Cette portion du programme permet une réintégration à l'emploi spécifiquement adaptée d'une part aux caractéristiques biopsychosociales du participant, et d'autre part, à l'environnement physique et social de l'emploi (Durand & Loisel, 2001a, 2001b; Durand et al., 2004; Durand et al., 1998). Pour plus de détails, les trois composantes du programme PRÉVICAP sont décrites à l'annexe A.

L'implantation du programme PRÉVICAP a débuté par une formation des nouvelles équipes utilisant le programme dans les quatre centres ciblés. L'équipe du centre de recherche clinique de l'hôpital Charles LeMoine utilisait déjà le programme PRÉVICAP depuis 1996. La formation des trois nouvelles équipes a duré 3 jours et a été donnée par les coordonnateurs du Centre de recherche clinique de l'hôpital Charles LeMoine en 2001. Cette formation a permis d'assurer une standardisation des procédures d'évaluation et d'intervention des quatre centres. Un suivi rigoureux de l'implantation du programme a été effectué par le concepteur et par le coordonnateur du programme dans les quatre centres entre octobre 2001 et septembre 2004 (Loisel et al., 2003). Cette période correspond à celle où l'ensemble des données incluses dans la base a été collecté. Des informations se rapportant au RRTQ et à l'étude d'implantation sont précisées dans l'annexe B.

3.2 MÉTHODES

3.2.1 Population à l'étude et critères de sélection

La population à l'étude est constituée des dossiers des participants pris en charge au programme PRÉVICAP-entre octobre 2001 et septembre 2004 dans l'un ou l'autre des quatre centres de réadaptation. Tous les participants de l'étude recevaient pendant leur participation au programme PRÉVICAP des indemnités de remplacement de revenu de la CSST.

Les critères de sélection des dossiers des participants sont:

1. Personne présentant de la douleur persistante d'origine musculosquelettique;
2. Lien d'emploi existant à l'entrée du programme;
3. Absence complète du travail d'une durée minimale de douze semaines;
4. Participation au programme PRÉVICAP d'une durée minimale d'une semaine.

3.2.2 Variables à l'étude

L'ensemble des variables à l'étude est constitué d'une part des facteurs prédictifs et des obstacles et d'autre part du statut de travail. Ces variables ont été documentées dans la base de donnée de l'étude et sont décrites dans les deux prochaines sections.

3.2.2.1 Facteurs prédictifs et obstacles

Dans la présente étude, quatre-vingt-trois (83) facteurs prédictifs et obstacles ont été mesurés en début de programme à l'aide de l'OISHT (Durand et al., 2004; Durand et al., 2002) et de quelques questionnaires auto-administrés. Ces variables comprennent essentiellement la majorité des facteurs de la littérature qui ont été associés à l'incapacité de travail prolongée pendant la phase subaigüe (Durand et al., 2002). Pour cette étude, elles ont été classées par facteurs : sociodémographiques, cliniques, psychosociaux, occupationnels et liés aux soins de santé. Les échelles de mesure des variables étudiées sont variées. Cette étude inclut ainsi des variables numériques (exemples : *l'âge*, *l'ancienneté*, *les scores des questionnaires auto-administrés*), puis catégoriques (exemples : *le genre*, *la pathologie*, *le secteur d'activité de l'entreprise*) et finalement

dichotomiques (exemples : la présence ou l'absence *d'étiquetage diagnostique*, la présence ou absence *de relations de travail jugées satisfaisantes pour le travailleur*).

L'annexe C présente la liste complète des facteurs prédictifs et obstacles de l'étude. Sur cette liste, les facteurs sont classés en fonction de la classification décrite précédemment. La nature de l'échelle de mesure de chacun des facteurs y est aussi rapportée.

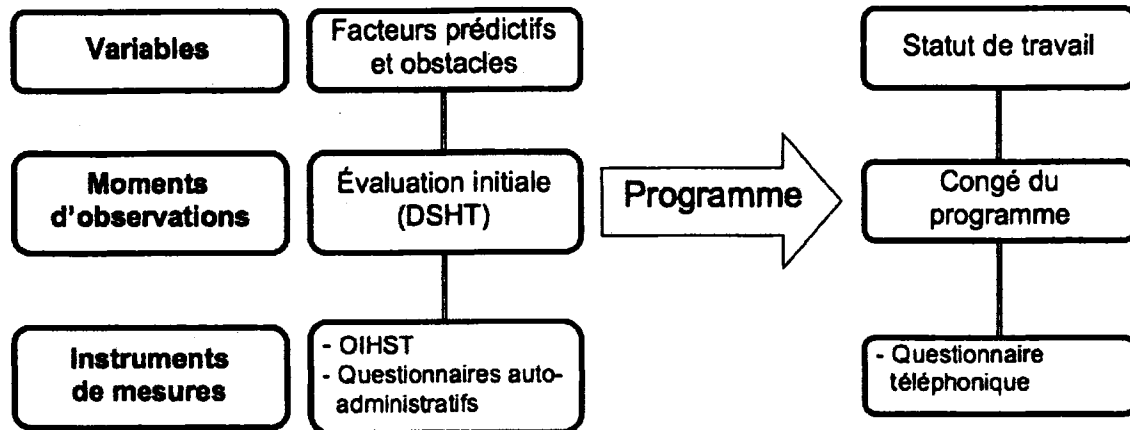
3.2.2.2 Variable de résultat – Le statut de travail

La variable de résultat de cette étude est le statut de travail des participants à la fin du programme. Cette variable a été mesurée à l'aide d'un questionnaire téléphonique. Pour cette étude, le statut de travail a été considéré positif lorsque le participant est retourné à son poste de travail antérieur ou à un autre poste, à temps plein ou à temps partiel.

3.2.3 Moments d'observation et instrumentation

Les variables de l'étude ont été collectées à l'origine à deux moments précis lors de la participation des personnes au programme PRÉVICAP (Figure 4). Tout d'abord, lors de l'évaluation initiale des participants à l'entrée du programme (DSHT), la présence des facteurs prédictifs et obstacles chez chacun des participants a été identifiée par le biais de l'OISHT et en parallèle avec quelques questionnaires auto-administrés. Dans un deuxième temps, à la fin du programme PRÉVICAP, au congé des participants, le statut de travail a été évalué à l'aide d'un questionnaire téléphonique.

FIGURE 4: MOMENTS D'OBSERVATION ET INSTRUMENTATION



3.2.3.1 Instruments de mesure des facteurs prédictifs et obstacles

3.2.3.1.1 Outil d'Identification de la Situation de Handicap au Travail (OISHT)

L'OISHT est l'instrument de mesure principal des facteurs prédictifs et obstacles de cette étude. L'utilisation de l'OISHT s'inscrit dans une démarche plus large qui correspond à établir le DSHT décrit précédemment (Durand et al., 2002). Tel que mentionné, l'administration de l'OISHT permettra d'évaluer d'une part, la présence des drapeaux rouges, et d'autre part, celle des facteurs prédictifs et obstacles du retour au travail. De façon générale, en présence de drapeaux rouges, la prise en charge au programme PRÉVICAP est retardée pour que la personne puisse passer les examens médicaux en vue d'exclure toute possibilité de pathologie sévère. Les drapeaux rouges ne sont pas inclus sur la liste des facteurs prédictifs et obstacles de cette étude, mais sont présentés à l'annexe D. À partir des facteurs identifiés chez chacun des participants, les intervenants vont ensuite formuler un diagnostic sur la ou les causes de l'incapacité de travail prolongée (DSHT) (Durand et al., 2004; Durand et al., 2002). À ce stade, l'identification

des facteurs prédictifs et obstacles du retour au travail guide aussi le clinicien dans l'élaboration du plan d'intervention du participant au programme.

L'administration de l'OISHT se fait dans le cadre d'une entrevue semi-dirigée, généralement effectuée par le médecin et l'ergothérapeute de l'équipe de réadaptation. L'entrevue inclut aussi un examen physique réalisé par le médecin. L'OISHT a été développé par un groupe d'experts et en consultation auprès de cliniciens dans le domaine de la réadaptation au travail. Il a été élaboré en 1996 selon les évidences et connaissances empiriques de la littérature. Il a ensuite été révisé en 2001. Les cliniciens qui administrent l'OISHT ont également reçu une formation de trois jours afin d'uniformiser et de standardiser le processus d'évaluation.

Le processus d'identification des facteurs prédictifs et obstacles par l'OISHT se fait en deux étapes. D'abord, pendant l'entrevue et l'examen physique, certaines variables descriptives sont collectées telles que *l'âge, l'état civil, la pathologie, l'ancienneté, le secteur d'activité de l'entreprise*. Ensuite, lorsque l'entrevue est terminée, les deux cliniciens qui ont administré l'OISHT se rencontrent et consultent une liste préalablement définie de facteurs prédictifs et d'obstacles. La détermination de l'absence ou de la présence de chacun des facteurs chez les participants repose sur l'accord conjoint des deux cliniciens qui complètent l'évaluation. Par exemple, parmi la liste de facteurs, les cliniciens doivent se pencher sur la présence ou l'absence de *déconditionnement physique généralisé, de degré d'insatisfaction professionnelle élevé et d'équipement de travail jugé inadéquats par le travailleur*. En outre, selon le contexte clinique du DSHT, une

liste de facteurs qui étaient reconnus comme étant associé à une progression favorable de l'incapacité de travail a été intégrée dans le processus d'évaluation. Parmi les seize (16) facteurs de cette liste, il y a par exemple la présence de *projection favorable dans un éventuel retour à l'emploi*. Il se trouve toutefois que la plupart des facteurs prédictifs favorables de cette liste ont aussi été évalués en fonction de leur effet inverse. Plus précisément, lors du processus de détermination de la présence des facteurs au DSHT, les intervenants doivent s'interroger autant sur la présence de *projection favorable dans un éventuel retour au travail* que sur la présence de *non-projection dans un éventuel retour au travail*. Ainsi, la *projection favorable* et la *non-projection du participant dans un éventuel retour à l'emploi* sont deux variables distinctes de l'étude. Les seize (16) facteurs prédictifs favorables font donc partie intégrante des quatre-vingt-trois (83) facteurs étudiés par la présente étude. L'évaluation des deux pôles de ces facteurs permet notamment d'évaluer autant le potentiel « d'obstacle » que le potentiel « d'atout » des facteurs. De plus, cliniquement, cette approche permet de servir de levier à la réadaptation en mettant en évidence autant les forces que les faiblesses du participant.

3.2.3.1.2 Questionnaires auto administrés

Des questionnaires auto-administrés ont été intégrés dans le processus d'évaluation initiale. Ils servent à trianguler différents éléments observés par le biais de l'entrevue semi-dirigée (Durand et al., 2002). Ces questionnaires mesurent respectivement *la perception d'incapacité, la kinésiophobie, la détresse psychologique et l'intensité de la douleur*. La *perception d'incapacité* a été mesuré grâce à l'un des deux outils suivants : le questionnaire Roland Morris et l'Indice d'impact de la Douleur au cou et aux membres

supérieurs sur la Vie Quotidienne (IDVQ). Ces deux questionnaires sont spécifiques. Le questionnaire Roland Morris mesure la perception d'incapacité pour des cas de maux de dos. L'IDVQ, lui, a été conçu pour mesurer la perception d'incapacité pour des cas de maux de cou et/ou aux membres supérieurs. Pour mesurer la *kinésiophobie*, c'est-à-dire la peur du mouvement et de se blesser à nouveau, l'échelle de TAMPA a été utilisée. Ensuite, le niveau de *détresse psychologique* a été mesuré au moyen de l'inventaire de détresse psychologique (IDP). Finalement, *l'intensité de la douleur* a été mesurée au moyen d'une échelle numérique de la douleur. Ces trois derniers questionnaires sont génériques. Tous les questionnaires ont été originellement retenus pour leurs qualités métrologiques (Durand et al., 2002). La description des questionnaires ainsi que la présence d'études sur les qualités psychométriques sont rapportées dans le Tableau 8. La version originale des questionnaires est en anglais. Ils ont néanmoins tous été traduits en français. Les versions françaises ont d'ailleurs fait l'objet d'études de validité. Les questionnaires auto-administrés dans leur version française et leur fiche d'identification sont présentés à l'annexe E

TABEAU 8: DESCRIPTIONS ET QUALITÉS PSYCHOMÉTRIQUES DES QUESTIONNAIRES AUTO-ADMINISTRÉS

CONCEPTS	QUESTIONNAIRES	DESCRIPTIONS ^A	QUALITÉS PSYCHOMÉTRIQUES ^A					
			FIDÉLITÉ			VALIDITÉ		
			test-retest	constance interne	Sensibilité au changement	de contenu	de construit	de critère
Perception d'incapacité	Roland Morris (Roland & Morris, 1983)	24 questions mesurant l'impact du mal de dos au niveau physique et psychologique.	$\sqrt{2,8, 11,14}$	$\sqrt{2, 11, 14}$	$\sqrt{2,8,14}$	$\sqrt{2}$		
Perception d'incapacité	IDVQ (Stock et al., 2003)	20 questions évaluant les impacts des TMS au cou et aux membres supérieurs sur le travail et les activités physiques des personnes atteintes.	$\sqrt{12,13}$	$\sqrt{12,13}$	$\sqrt{12,13}$	$\sqrt{12,13}$	$\sqrt{12}$	
Kinésiophobie	TAMPA (Miller et al., 1991)	17 questions mesurant la peur du mouvement et de se blesser à nouveau.	$\sqrt{16}$	$\sqrt{5}$	$\sqrt{1}$		$\sqrt{5}$	$\sqrt{16}$
Détresse psychologique	IDP (Illfed, 1976)	14 questions mesurant la dépression, l'anxiété, la colère et les problèmes cognitifs.		$\sqrt{9}$	$\sqrt{3}$	$\sqrt{18}$	$\sqrt{10}$	$\sqrt{3,18}$
Intensité de la douleur	Échelle numérique de la douleur (Turk & Melzack, 1992)	1 échelle variant de 0 à 10 et mesurant l'intensité de la douleur.	$\sqrt{4}$		$\sqrt{6,7,17}$	$\sqrt{15}$	$\sqrt{6,7}$	

^A Un résumé des qualités psychométriques concernant les résultats des études de fidélité et de validité portant sur chacun des questionnaires est présenté à l'annexe E. L'annexe E inclut également les différentes méthodes de cotation ainsi que l'interprétation des résultats aux questionnaires.

¹(Cissé, 2005); ²(Coste et al., 1993); ³(Coutu et al., 2005); ⁴(Ferraz et al., 1990); ⁵(French et al., 2002); ⁶(Jensen et al., 1986); ⁷(Jensen et al., 1989); ⁸(Leclaire et al., 1997); ⁹(Préville et al., 1992); ¹⁰(Préville et al., 2000); ¹¹(Roland & Morris, 1983); ¹²(Stock et al., 2003); ¹³(Stock et al.); ¹⁴(Stratford et al., 1994); ¹⁵(Turk & Melzack, 1992); ¹⁶(Vlaeyen et al., 1995); ¹⁷(Von Korff et al., 2000); ¹⁸(Okun et al., 1996).

3.2.3.2 Instruments de mesure du statut de travail

La variable de résultat de cette étude, soit le statut de travail, a été mesurée à la fin du programme à l'aide d'un questionnaire développé dans le cadre d'une étude antérieure (Durand, 1996). Il a été administré par entrevue téléphonique par un agent de recherche du centre de recherche clinique de l'Hôpital Charles Lemoyne qui a été formé à cette fin. Le questionnaire inclut un arbre de décision du statut de travail qui permet de classer le statut de travail selon trois grandes catégories :

1. Le retour au travail (poste antérieur ou autre poste; temps plein ou partiel);
2. L'absence du travail à cause du problème traité;
3. L'absence du travail pour une autre raison que le problème traité.

Ces trois catégories ont été utilisées dans des travaux précédents (Coutu et al., 2005; Durand & Loisel, 2001b). Dans cette étude, la première catégorie a été définie tel que décrite précédemment. Pour ce qui est de la deuxième catégorie, celle-ci est constituée des participants qui ne sont pas retournés au travail en raison d'obstacles non résolus et liés à leur TMS. Quant à la troisième catégorie, elle est formée des participants à l'étude qui ont développé suffisamment leurs capacités physiques, psychologiques et sociales de travail pendant le programme pour être en mesure de retourner au travail, mais qui n'y sont pas retournés en raison d'obstacles non liés au problème de santé (une perte d'emploi suite à la fermeture de la compagnie, un déménagement, un début de grossesse). Dans cette étude, les participants des première et troisième catégories ont été réunis pour former un seul groupe. Ainsi, les participants qui sont retournés au travail et ceux qui ont développé leurs capacités de travail mais qui ne travaillent pas pour des raisons externes à leur TMS se retrouvent dans le groupe des participants « au travail ».

Ce dernier groupe sera ainsi comparé à celui des participants qui sont « hors travail » en raison du problème traité. Les comparaisons se feront selon des facteurs prédictifs et obstacles présents ou absents chez chacun des participants dans les deux groupes.

Le questionnaire téléphonique utilisé pour déterminer le statut de travail est présenté à l'annexe F.

3.2.4 Saisie des données

La saisie des données dans la base pour la présente étude a été effectuée en trois étapes distinctes.

Pour la première étape, certaines données inscrites dans le dossier papier des participants et décrivant certaines de leurs caractéristiques générales ont été compilées dans une base de données construite à partir du logiciel Microsoft Access (version 2002). Ces variables comprennent la durée d'arrêt de travail, la durée du programme, certains facteurs sociodémographiques, quelques facteurs liés à l'histoire médicale et d'autres liés à l'environnement de travail. Le statut de travail à la fin du programme PRÉVICAP a aussi été compilé dans cette base de données. La personne responsable de l'entrée de ces données dans chacun des quatre centres de réadaptation avait reçu préalablement une formation à cette fin. Afin de minimiser les erreurs de saisie des données pour cette première étape, la base sur Access a été construite de façon à ce que l'interface logicielle ait une apparence similaire et un ordre d'entrée de données chronologique à ceux des différents formulaires papier où étaient inscrites ces variables.

La deuxième étape de la saisie des données a consisté en une vérification de l'ensemble de l'entrée de données dans la base sur Access. Cette deuxième étape a été effectuée par un assistant de recherche du centre de recherche clinique de l'hôpital Charles Lemoyne pendant l'été et l'automne 2005.

Finalement, la troisième étape de saisie de données a été réalisée par le chercheur principal de cette étude pendant l'été 2005. Cette étape a d'abord consisté à créer un nouveau fichier à partir du logiciel microsoft Excel (version 2004 pour MAC). Ensuite, les données pertinentes à la présente étude ont été extraites de la base de données sur Access vers le nouveau fichier Excel. Puis, les facteurs prédictifs et obstacles identifiés dans le rapport papier du DSHT de chaque participant et qui n'avaient pas été compilés préalablement dans la base sur Access, ont été saisis dans le nouveau fichier Excel. En dernier lieu de cette troisième étape, un mécanisme de vérification par un assistant externe à l'étude a été mis sur pied. À cette fin, 10% des dossiers des participants de l'étude ont été sélectionnés au hasard. Leur contenu dans le fichier Excel a été confronté aux données brutes des dossiers papier à l'aide d'une grille systématique de recueil de données. Un accord inter-juges de 95 % et plus a été requis pour assurer la fidélité inter-juges de l'extraction des données de cette troisième étape.

3.3 ANALYSE DE DONNÉES

Afin de répondre aux deux objectifs de cette étude, des analyses descriptives et des analyses inférentielles ont été effectuées.

3.3.1 Analyses descriptives

Les analyses descriptives sont associées au premier objectif de l'étude qui consiste en l'identification des facteurs prédictifs et obstacles du retour au travail qui sont présents chez des personnes en incapacité de travail prolongée qui ont été admises à un programme interdisciplinaire de réadaptation au travail. À cet effet, des moyennes, des écart-types et des distributions de fréquence ont été réalisés pour chaque variable de l'étude.

3.3.2 Analyses inférentielles

Les analyses inférentielles sont reliées au deuxième objectif de l'étude, soit, celui d'explorer la présence d'association entre les facteurs prédictifs, les obstacles et le statut de travail, chez des personnes en incapacité de travail prolongée qui ont été admises à un programme interdisciplinaire de réadaptation au travail. La nature dichotomique de la variable prédite par la présente étude (*statut de travail*) a dicté le choix de production de modèles de régression logistique (Kirkwood & Sterne, 2003; Norman & Streiner, 2003). En considération du grand nombre de variables à étudier (83 variables), une démarche systématique d'analyse de données a été utilisée pour minimiser le nombre de facteurs à inclure dans les modèles, c'est-à-dire de s'assurer que le nombre de participants était au moins dix fois plus grand que le nombre de variables dans chacun des modèles (Norman & Streiner, 2003). À cet effet, la construction des modèles de régression logistique a comporté quatre étapes distinctes qui sont décrites dans les prochains paragraphes et résumées dans le Tableau 9. Le logiciel SPSS (version 13.0) a été utilisé pour effectuer l'ensemble des analyses inférentielles.

3.3.2.1 Première étape : retrait de certaines variables de l'analyse

Lors de la première étape des analyses inférentielles, quelques variables ont été retirées de l'analyse à partir de trois critères spécifiques. Le premier critère a consisté à retirer les variables (facteurs prédictifs et obstacles) dont la fréquence se situait soit en dessous de 5% ou encore au-dessus de 95%. L'application de ce critère permet l'exclusion de variables trop fréquentes ou trop rares qui ont peu de chances de différencier ceux qui sont au travail de ceux qui sont hors travail. Le deuxième critère est l'exclusion des variables catégoriques dont le nombre de classes était supérieur à vingt. Ce deuxième critère est sous-jacent à l'application du premier critère. En effet, considérant le « N » prévu, lorsque le nombre de classes d'une variable est supérieur à vingt, la fréquence de plusieurs de ces classes risque de se situer en dessous du seuil de 5% préalablement établi par le premier critère. Il est à noter que les deux variables retirées en fonction de ce deuxième critère, soit le *titre d'emploi* et le *diagnostic*, possèdent chacune une variable homologue. Il s'agit du *secteur d'activité de l'entreprise* et de la *pathologie* qui mesuraient un concept similaire aux variables retirées. Ces variables homologues, étant chacune définie par moins de 20 classes, ont été entrées dans les modèles de régression logistique. L'inclusion des variables homologues a ainsi permis d'apprécier un certain effet des deux variables retirées en fonction de ce deuxième critère. Finalement, le troisième critère de retrait des variables a été l'absence importante de données reliées à une variable spécifique. L'inclusion de ces variables dans les modèles de régression logistique aurait diminué la force des associations en restreignant le nombre de participants. Le tableau à l'annexe G présente la liste des variables retirées et leurs critères de retrait. Lors de cette étape, le nombre de facteurs prédictifs et obstacles à être

testé dans les modèles de régression logistique est passé de quatre-vingt-trois(83) à soixante-cinq (65).

3.3.2.2 Deuxième étape : régression logistique univariée

La deuxième étape des analyses inférentielles a consisté en la recherche d'association entre chaque facteur prédictif et/ou obstacle subsistants (65) et la variable de résultat de l'étude (*statut de travail*) par des régressions logistiques univariées. Les variables (10) associées au statut de travail avec un seuil de signification $p \leq 0,10$ ont été conservées pour former le modèle de régression logistique de base.

3.3.2.3 Troisième étape : vérification de la colinéarité

En troisième étape, la colinéarité entre chacune des variables (10) du modèle de base a été vérifiée par des tests de Chi Carré afin de s'assurer qu'elles n'agissaient pas entre elles au détriment de la variable du résultat (Kirkwood & Sterne, 2003; Norman & Streiner, 2003). Cette étape repose sur le fait qu'une corrélation entre les variables d'un modèle de régression peut être tolérée, en autant que l'association de chacune de ces deux variables avec le *statut de travail* aille dans le même sens (favorable ou défavorable au *retour au travail*). Dans le cas échéant, l'effet d'une des variables risque d'être masqué par l'effet de l'autre variable (Kirkwood & Sterne, 2003; Norman & Streiner, 2003). Advenant cette possibilité, il importe alors de retirer l'une des deux variables du modèle, le choix étant généralement dicté en fonction de l'importance des variables dans la littérature.

3.3.2.4 Quatrième étape : régression logistique multivariée

Cette étape a débuté par l'application de régressions logistiques multivariées, avec au départ, l'inclusion des variables du modèle de base (10) identifiées lors des régressions logistiques univariées (étape 2) et en testant par la suite toutes les autres variables (55), une à la fois dans le modèle de base. Le choix de l'ordre d'entrée dans le modèle des autres variables a été fait en fonction de l'importance décrite dans la littérature de l'association de ces variables avec le statut de travail. La variable du *genre* a aussi été incluse dans le modèle général à titre de variable de contrôle. Pour cette dernière étape, chacune des variables associées au statut de travail avec un seuil de signification de $p \leq 0,05$ a été conservée dans le modèle. Cette approche de sélection des variables est l'une des alternatives proposée par Sun et al. (1996) pour la construction des modèles de régression logistique.

TABLEAU 9: RÉSUMÉ DES ÉTAPES DES ANALYSES INFÉRENTIELLES

Analyses effectuées	
Étape 1 :	<u>Retrait des variables (18/83) :</u> selon trois critères <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fréquence $\leq 5\%$ ou $\geq 95\%$ ▪ Nombre de catégories ≥ 20 ▪ Pourcentage de données manquantes dans la base de données $\geq 10\%$
Étape 2 :	<u>Régressions logistiques univariées :</u> entre <u>statut travail</u> / facteurs prédictifs et obstacles (65) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conservation des variables associées au statut de travail à $p \leq 0,10$ \Rightarrow Production du modèle de base : 10 variables
Étape 3 :	<u>Vérification de la colinéarité :</u> des 10 variables du modèle de base
Étape 4 :	<u>Régressions logistiques multivariées :</u> avec variables du modèle de base (10) et en testant toutes les autres variables (55) une à la fois (ordre d'entrée dans le modèle; selon importance dans la littérature) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conservation des variables associées aux modèles à $p \leq 0,05$ \Rightarrow Production du modèle final

3.4 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Cette étude a été réalisée à partir de la base de données du RRTQ (annexe B). L'exploitation des données collectées après le déploiement du programme PRÉVICAP a été soumise aux différents comités d'éthique de la recherche et aux départements des services professionnels des quatre centres de réadaptation impliqués. Les autorisations des quatre centres ont été obtenues (voir annexe H). Un formulaire de consentement autorisant que leurs données soient utilisées à des fins de recherche a été signé par tous

les participants du programme PRÉVICAP. Une copie vierge du formulaire de consentement est aussi présentée à l'annexe H.

De plus, afin d'assurer l'anonymisation des participants à l'étude, un assistant externe à l'étude a extrait de la base avant le début de la présente étude toutes les données nominales (nom, adresse) et a attribué un numéro à chacun des participants.

3.5 FIABILITÉ, VALIDITÉ INTERNE ET EXTERNE DE L'ÉTUDE

Cette section expose brièvement les limites et biais possibles de la présente étude en relation avec la fiabilité, la validité interne et la validité externe. Les stratégies utilisées pour minimiser les effets des limites et des biais possibles sont aussi présentées.

3.5.1 Fiabilité

La fiabilité de cette étude peut potentiellement avoir été affectée à deux niveaux. D'abord, l'utilisation d'une base de données est à même d'induire un biais d'information lié à l'erreur de la mesure et pourrait avoir influencé la fiabilité de cette étude. Plusieurs mesures ont cependant été utilisées pour minimiser ce biais (voir section 3.2.4), notamment, la formation des personnes responsables de la saisie des données, la création de fichiers d'entrée de données simples et pratiques d'utilisation et finalement la mise en place de plusieurs mécanismes de vérification de la saisie des données.

En second lieu, la fiabilité des données pourrait aussi avoir été affectée par la méthode d'évaluation des facteurs dichotomiques. Il faut se rappeler que l'administration de l'OISHT se fait par entrevue semi-dirigée et comporte majoritairement des questions ouvertes. Par conséquent, l'interprétation des différentes réponses possibles aux questions d'évaluation repose sur le jugement clinique des deux cliniciens qui complètent l'évaluation. Il est ainsi possible que l'évaluation de certains facteurs ait été sujette à des variations et à des écarts inter-juges qui n'ont pu être évalués par la présente étude considérant la forme des données disponibles. Néanmoins, la formation et le suivi de départ des cliniciens qui utilisent l'OISHT aident à diminuer les écarts possibles d'interprétation. De plus, la nécessité d'un accord conjoint entre les deux cliniciens pour retenir un facteur, jumelée à l'utilisation de questionnaires démontrant de bonnes qualités psychométriques permettent d'assurer la triangulation des données et aident aussi à minimiser la variation inter-juges (Durand et al., 2002).

3.5.2 Validité interne

L'une des principales limites de cette étude se situe au niveau de sa validité interne. Selon les choix méthodologiques de cette étude, celle-ci a pu être réduite à deux différents niveaux.

D'abord, il est possible que la validité ait été affectée par l'utilisation d'une base de données rétrospective dont seul un nombre prédéfini de variables était disponible. Ainsi, certains facteurs qui n'ont pas été considérés dans la base de données peuvent avoir influencé la mesure de résultat de l'étude (*statut de travail*). La validité interne de cette

étude peut donc avoir été affectée par l'absence dans la base de données des facteurs liés au déroulement du programme PRÉVICAP. Par exemple, pendant le programme, un employeur aurait pu refuser le plan d'intégration progressive au travail du participant et par conséquent influencer directement le statut de travail du participant à la fin du programme. Ces facteurs n'étant pas documentés dans la base de données, ils n'ont pu être considéré dans les analyses. Toutefois, certaines stratégies comme la formation de chacun des cliniciens et l'application d'un programme précis dont le cadre opérationnel est bien défini sont susceptibles d'atténuer les influences possibles sur le statut de travail des divers facteurs et obstacles qui peuvent se présenter pendant le programme. Ces mesures permettent ultimement de minimiser les variations liées à cette limite.

Également, il est possible que certaines variables retirées lors de la première étape de l'analyse des données aient eu un impact sur le statut de travail (voir section 3.3.2.1 et annexe G). Par conséquent, le retrait de ces variables en début de l'analyse de données ne permet pas de vérifier, s'il y a lieu, leur effet sur le statut de travail. Toutefois, l'utilisation de critères rigoureux de retrait et d'une démarche d'analyse de données systématique permet de croire que les variables retirées avaient peu de chance d'être associées au statut de travail.

3.5.3 Validité externe

La population de l'étude a été évaluée dans un contexte spécifique au Québec. En effet, le contexte provincial de cette étude est clairement influencé par la loi sur les accidents du travail, le système de compensation (CSST), le système de soins de santé et les emplois

disponibles. Ce contexte risque ainsi de limiter, du moins en partie, la généralisation des résultats pour les populations à l'extérieur du Québec. Toutefois, en considération que le programme de réadaptation offert aux participants de cette étude est basé sur le modèle de Sherbrooke (Loisel et al., 1994) qui a démontré sa validité externe (Anema et al., 2004), il est probable que les résultats de cette étude puissent se généraliser dans un contexte où l'intervention serait adaptée à la législation du pays, tel qu'il a été fait pour l'étude de Anema et al (2004). D'autre part, la plupart des facteurs prédictifs et obstacles utilisés par cette étude proviennent d'études de plusieurs pays, ce qui renforce le caractère universel de cette étude. Par ailleurs, le grand « N » de l'étude et l'appartenance de la population à quatre régions distinctes du Québec (une urbaine, une rurale et deux semi-urbaines), ajoutent également à la capacité de généralisation des résultats de l'étude, du moins, à l'ensemble de la population québécoise qui présente une incapacité de travail prolongée.

CHAPITRE 4: RÉSULTATS

4.1 ARTICLE I

4.1.1 *Titre de l'article*

Facteurs prédictifs et obstacles du retour au travail chez des personnes en incapacité de travail prolongée et ayant participé à un programme interdisciplinaire de réadaptation au travail.

Cet article sera traduit puis soumis à la revue « Journal of Occupational Rehabilitation »

4.1.2 *Auteurs*

Elyse Marois^{1,2,4}

Marie-José Durand^{2,3}

4.1.3 *Titre abrégé*

Facteurs prédictifs et obstacles de l'incapacité de travail prolongée

¹ Programme d'Évaluation et de Développement en Intégration Professionnelle (PÉDIP), Hôpital Juif de Réadaptation; Laval, Québec, Canada

² Département de Réadaptation, Université de Sherbrooke, Longueuil, Québec, Canada

³ CAPRIT, Centre d'action en prévention et réadaptation de l'incapacité au travail, Longueuil, Québec, Canada

⁴ La correspondance doit être adressée à : Elyse Marois, Programme d'Évaluation et de Développement en Intégration Professionnelle (PÉDIP), Hôpital Juif de Réadaptation, 3205 Place Alton Goldbloom, Laval, Québec, Canada, H7V 1R2; Téléphone : (450) 688-9550 poste 4609; Télécopieur : 450-688-4493
Courriel : elyse.marois@videotron.ca ou emarois_hjr@ssss.gouv.qc.ca

4.1.4 Résumé

Introduction : Les troubles musculosquelettiques évoluent dans 10 % des cas vers une incapacité de travail prolongée. Dans une perspective de prévention, l'identification des facteurs prédictifs et obstacles associés à l'incapacité de travail prolongée semble une avenue prometteuse de la réadaptation au travail. Or, la connaissance des facteurs en phase chronique est encore limitée. **Objectif** : Explorer chez des personnes en incapacité de travail prolongée la présence d'association entre les facteurs prédictifs et obstacles identifiés à l'entrée d'un programme de réadaptation au travail et le statut de travail au congé de celui-ci. **Méthode** : Étude descriptive-corrélationnelle comprenant 222 personnes évaluées avec le Diagnostic de la Situation de Handicap au Travail et ayant participé au programme de réadaptation au travail PRÉVICAP. **Résultats** : Dix-sept facteurs, principalement de nature psychosociale et occupationnelle, ont été associés au statut de travail et diffèrent selon le genre des individus. Certains obstacles observés à l'entrée du programme semble avoir un effet protecteur et donc favoriser le retour au travail des participants. Le modèle général explique pour 77,0 % le statut de travail des participants. **Conclusion** : Les résultats supportent que l'identification des facteurs à la prise en charge des personnes en incapacité de travail prolongée permet de mieux intervenir sur ceux-ci et vraisemblablement favoriser leur retour au travail.

4.1.5 Mots clés

FACTEURS PRÉDICTIFS; OBSTACLES; RETOUR AU TRAVAIL; INCAPACITÉ DE TRAVAIL PROLONGÉE; TROUBLES MUSCULOSQUELETTIQUES; PROGRAMME INTERDISCIPLINAIRE DE RÉADAPTATION AU TRAVAIL.

4.1.6 Introduction

L'incapacité de travail prolongée liée aux troubles musculosquelettiques (TMS) représente actuellement l'un des plus grands fardeaux économiques associés à une maladie (1). La prévalence des TMS dans la population générale et ses conséquences en terme de coûts financiers, sociaux et humains ont été décrites par plusieurs auteurs (1-11). Selon ces auteurs, il apparaît que la problématique des TMS se caractérise particulièrement par l'attribution de près de 80% des coûts à un peu moins de 10% de l'ensemble des cas qui sont exclus du travail pour une période prolongée, soit plus de 12 semaines. Dans une perspective de prévention de l'incapacité de travail prolongée, deux grands intérêts de recherche se sont développés au cours des 20 dernières années. Ils consistent d'une part, à l'étude des facteurs prédictifs et obstacles associés à l'incapacité de travail prolongée, et d'autre part, à la recherche portant sur l'efficacité des programmes de réadaptation au travail, notamment ceux qui sont offerts pendant la phase chronique.

De façon plus spécifique, l'identification des facteurs pendant les phases aiguë et subaiguë du TMS repose sur l'hypothèse qu'un dépistage précoce des personnes les plus à risque permet d'intervenir plus tôt pour ainsi « prévenir » le développement d'une incapacité de travail prolongée (12-15). Quant à l'étude des facteurs en phase chronique, elle vise plus particulièrement à cerner les caractéristiques propres aux personnes en incapacité de travail prolongée et à proposer des interventions plus adaptées à leurs besoins en vue de favoriser leur retour au travail (7, 13, 14, 16, 17). Les études sur les facteurs prédictifs et obstacles pendant les phases aiguë et subaiguë ont ainsi fait l'objet de plusieurs recherches en prévention d'incapacité de travail prolongée (5, 7, 8, 18-31).

Pendant les phases aiguë et subaiguë, les facteurs identifiés appartiennent aux classes de facteurs sociodémographiques, cliniques, psychosociaux, occupationnels et liés aux services de santé (4, 10, 11, 13, 32-36). En contrepartie, les études portant sur les facteurs et obstacles associés à la phase chronique sont peu nombreuses et les facteurs étudiés dans ces études varient énormément (16). Concrètement, certaines d'entre elles se sont intéressées essentiellement aux facteurs sociodémographiques et physiques (37-39), tandis que d'autres études ont adressé plus spécifiquement les facteurs psychosociaux (39-42). Seulement deux études et une revue systématique en phase chronique ont considéré des facteurs appartenant à la fois aux classes de facteurs sociodémographiques, cliniques, psychosociaux et occupationnels (43-45). Par ailleurs, la définition de la phase chronique est ambiguë chez certaines de ces études qui ne précisent pas explicitement si la phase chronique fait référence à la présence de douleur persistante ou à l'incapacité de travail prolongée (39-41). Selon van der Hulst et al (45), cette situation explique le peu de similitudes entre les études et rend leur comparaison difficile.

Le deuxième intérêt de recherche concerne les études portant sur l'efficacité des programmes de réadaptation au travail. Les principales mesures de résultat utilisées par ces études sont le statut de travail post programme, la durée de l'arrêt de travail, l'intensité de la douleur et l'incapacité au travail (46-49). Les revues systématiques sur ces programmes concluent que la participation à des programmes multidisciplinaires incluant une approche biopsychosociale avec composantes cognitivo-comportementales et de conditionnement physique favoriserait pendant la phase chronique le retour au travail des personnes aux prises avec un TMS (46, 47, 49, 50). Néanmoins, ces connaissances ne permettent pas encore d'identifier les concepts sous-jacents à

l'efficacité des programmes de réadaptation (49, 51), ni même de savoir en présence de quels facteurs le retour au travail sera favorisé (14, 49).

En somme, le retour au travail des personnes en incapacité de travail prolongée apparaît être influencé autant par la présence de divers facteurs que par la participation à certains programmes de réadaptation (49). Néanmoins, la plupart des études portant sur les facteurs, particulièrement celles en phases aiguë et subaiguë, se penchent sur les facteurs associés à l'incapacité de travail prolongée sans tenir compte de la présence et de la nature des interventions reçues par les participants. À l'opposé, les études portant sur l'efficacité des programmes analysent les résultats en lien avec seulement quelques-uns des facteurs prédictifs et obstacles du retour au travail. La recherche en prévention d'incapacité de travail prolongée se révèle en conséquence assez cloisonnée. Il s'avère ainsi possible que cet apparent cloisonnement soit en partie responsable de la compréhension encore limitée de la problématique de l'incapacité de travail prolongée liée aux TMS.

Le but de cette étude sera alors : (a) d'identifier les facteurs prédictifs et obstacles présents en phase chronique et (b) d'explorer la présence d'associations entre les facteurs et le statut de travail, chez des personnes en incapacité de travail prolongée et qui ont été admises à un programme interdisciplinaire de réadaptation au travail.

4.1.7 Méthodologie

4.1.7.1 Cadre de l'étude

La présente étude porte sur l'analyse d'une base de données déjà constituée provenant de quatre centres du Réseau de Réadaptation au Travail du Québec (RRTQ)¹ où le programme PRÉVICAP a été implanté (52). Le programme PRÉVICAP est un programme interdisciplinaire de réadaptation au travail d'une durée moyenne de douze semaines (53-55). Ce programme est basé sur le modèle de Sherbrooke (56). Il a fait l'objet de publications portant sur l'efficacité et le coût-efficacité de ce type de prise en charge (55, 57, 58).

Le programme PRÉVICAP inclut trois composantes principales. La première est le Diagnostic de la Situation de Handicap au Travail (DSHT) (59). Son objectif est d'éliminer un diagnostic de gravité et de formuler un diagnostic sur la ou les causes de l'incapacité de travail prolongée d'origine musculosquelettique (53, 59). Cette portion du programme consiste essentiellement en l'évaluation initiale des participants grâce à l'utilisation de l'Outil d'Identification de la Situation de Handicap au Travail (OISHT) (53, 59). Elle permet ainsi de récolter les informations nécessaires à l'identification des facteurs prédictifs et obstacles présents chez les participants au programme (59). Les deux autres composantes du programme PRÉVICAP sont le pré-retour thérapeutique au travail (pré-RTT) et le retour thérapeutique au travail (RTT). Le pré-RTT consiste en une

¹ Le RRTQ est né d'une alliance entre l'Hôpital Charles Lemoyne et l'association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec. Les 4 centres où le programme Prévicap a été implanté sont : le Centre de réadaptation Lucie-Bruneau à Montréal, le Centre de réadaptation La Maison à Rouyn-Noranda, le Centre de recherche clinique de l'hôpital Charles LeMoyne à Longueuil et l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec.

prise en charge en milieu clinique par une équipe interdisciplinaire (53, 55). Le RTT offre ensuite une exposition graduelle au milieu réel de travail (53, 55, 60, 61).

L'implantation du programme PRÉVICAP dans les quatre centres a été réalisée entre octobre 2001 et septembre 2004 (52). Elle a inclus une formation initiale de trois jours pour tous les intervenants, des suivis hebdomadaires, des formations continues annuelles et un suivi de l'implantation du programme.

4.1.7.2 Population à l'étude

La population à l'étude est constituée des dossiers des participants au programme PRÉVICAP entre octobre 2001 et septembre 2004 dans les quatre centres de réadaptation¹. Les critères de sélection des dossiers des participants sont : (a) personne présentant de la douleur persistante d'origine musculosquelettique; (b) lien d'emploi existant à l'entrée du programme; (c) absence complète du travail d'une durée minimale de douze semaines; (d) participation au programme PRÉVICAP d'une durée minimale d'une semaine. Tous les participants de l'étude recevaient pendant leur participation au programme PRÉVICAP des indemnités de remplacement de revenu de la Commission de la Santé et de la Sécurité du Travail (CSST). Également, tous ont préalablement signé un formulaire de consentement autorisant l'utilisation des données recueillies dans le cadre de leur participation au programme PRÉVICAP pour des fins de recherche.

4.1.7.3 Procédure de collecte de données

Les variables de l'étude ont été collectées à deux moments spécifiques lors de la participation des candidats au programme PRÉVICAP, soit au moment de l'évaluation initiale (DSHT) et au congé du programme.

Lors de l'évaluation initiale (DSHT) (59), la présence des facteurs prédictifs et obstacles chez les participants a été identifiée au moyen de l'OISHT (59) et de quelques questionnaires auto-administrés.

L'OISHT est l'instrument de mesure principal des facteurs prédictifs et obstacles de cette étude. Il a été élaboré en 1996, puis révisé en 2001 par un groupe d'experts et en consultation auprès de cliniciens œuvrant en réadaptation au travail. Son développement a été décrit dans une publication antérieure (59). L'OISHT s'utilise dans le cadre d'une entrevue semi-dirigée effectuée par le médecin et l'ergothérapeute de l'équipe de réadaptation. Un examen physique est également réalisé par le médecin. Après avoir complété l'évaluation, les deux cliniciens qui ont administré l'OISHT se rencontrent et identifient à partir d'une liste préalablement définie de facteurs prédictifs et d'obstacles ceux qui contribuent le plus à l'absence du travail. Un accord conjoint est nécessaire entre les deux cliniciens pour retenir un facteur. À ce stade, l'identification des facteurs prédictifs et obstacles du retour au travail guide aussi le clinicien dans l'élaboration du plan d'intervention du participant au programme.

Des questionnaires auto-administrés ont été intégrés dans le processus d'évaluation initiale. Ils servent à trianguler différents éléments observés lors de l'entrevue semi-dirigée (59). Ces questionnaires mesurent respectivement la perception d'incapacité (Questionnaire de Roland Morris (62) et l'Indice d'Impact des Douleurs du cou et des membres supérieurs sur la Vie Quotidienne (IDVQ) (63)), la kinésiophobie (Échelle de kinésiophobie de TAMPA (64)), la détresse psychologique (Inventaire de Détresse Psychologique (IDP) (65)) et l'intensité de la douleur (Échelle numérique de

douleur (66)). Tous les questionnaires ont été originalement retenus pour leurs qualités psychométriques (59) décrites dans la littérature (63, 66-75).

L'administration de l'OISHT et des questionnaires auto-administrés a permis de mesurer en début de programme quatre-vingt-trois (83) facteurs prédictifs et obstacles (53, 59). Ces variables comprennent essentiellement la majorité des facteurs de la littérature qui ont été associés à l'incapacité de travail prolongée pendant la phase subaigüe, auxquels ont été ajoutés d'autres facteurs identifiés par un comité d'experts cliniciens (59). Pour cette étude, les variables ont été classées par facteurs sociodémographiques, cliniques, psychosociaux, occupationnels et liés aux soins de santé. Le Tableau I présente la liste complète des facteurs prédictifs et obstacles potentiels de l'étude.

TABLEAU I: LISTE DES FACTEURS PRÉDICTIFS ET OBSTACLES¹

Facteurs sociodémographiques (S) <ul style="list-style-type: none"> • Âge (en année, plus âgé, plus jeune) • Genre • État civil • Consommations problématiques • Mode de vie sédentaire • Mode de vie actif avant le fait accidentel 	Facteurs liés aux soins de santé (SS) <ul style="list-style-type: none"> • Durée du programme PRÉVICAP • Médical inachevé • Perception d'un médical inachevé • Multitude d'interventions parallèles • Perception d'un échec thérapeutique • Perception d'insuffisance de soins • Délai d'attente aux soins • Désaccord entre médecins experts
Facteurs cliniques (C) <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic • Pathologie • Intensité de la douleur (VAS) • Douleur irradiant en bas du genou • Étiquetage diagnostique • Méconnaissance du travailleur du pronostic de récupération • Connaissance juste de la condition • Événement récent • Antécédents de TMS (présence/absence) • Déconditionnement physique (présence/absence) • Présence de séquelles • Limitations fonctionnelles 	Facteurs Psychosociaux (P) <ul style="list-style-type: none"> • Perception d'incapacité (Roland Morris/IDVQ) • Kinésiophobie (TAMPA) • Détresse psychologique (IDP) • Perception d'une lésion grave • Craintes élevées d'aggravation / de rechute • Événements personnels récents • Isolement social • Gestion active / douleur (présence/absence) • Passivité, opposition tacite • Investissement actif travailleur / processus • Carence en stratégies d'adaptation • Limites intellectuelles • Troubles de personnalité • Trouble de somatisation
Facteurs Occupationnels (O) <u>Liés à l'entreprise ou autres</u> <ul style="list-style-type: none"> • Titre d'emploi • Ancienneté (en année, récente, longue) • Secteur d'activité de l'entreprise • Taille de l'entreprise • Perte du lien d'emploi • Absence de travaux légers disponibles • Structure d'accueil favorable du travail • Employeur maintient contact / travailleur • Travailleur maintient contact / employeur • Contestation au dossier • Gains secondaires financiers • Tentatives de retour au travail interrompues / douleur • Durée de l'arrêt de travail <u>Liés aux perceptions du travailleur</u> <ul style="list-style-type: none"> • Orientation professionnelle non définie • Valeurs peu orientées vers le travail • Motifs favorables à un retour au travail 	<u>Liés aux perceptions du travailleur</u> <ul style="list-style-type: none"> • Exigences du travail jugées élevées vs capacités • Poids trop lourds • Postures contraignantes • Poids trop lourds et associés à des postures contraignantes • Caractère imprévisible des tâches • Insuffisance de temps de repos • Cycle de travail à composante répétitive • Statisme prolongé de la posture de travail • Vibrations • Absence de facteurs de risque • Équipements de travail inadéquats • Insatisfaction professionnelle • Stress professionnel élevé • Relations de travail (insatisfaisantes, satisfaisantes, tendues) • Organisation déficiente du travail • Projection au travail (positive, négative)

¹ liste des facteurs et obstacles reproduite de Durand et al., 2004 avec permission

Au congé du programme PRÉVICAP, le statut de travail des participants, qui représente la mesure de résultat de l'étude, a été évalué à l'aide d'un questionnaire téléphonique. Ce questionnaire a été développé dans le cadre d'une étude antérieure (76). Il a été administré par un agent de recherche formé à cette fin.

Dans cette étude, les participants ayant été catégorisés comme étant de « retour au travail » sont ceux qui : 1) ont repris leur poste de travail antérieur ou un autre poste, à temps plein ou à temps partiel, ou ceux qui, 2) ont développé suffisamment leurs capacités physiques, psychologiques et sociales pour retourner à leur travail, mais qui n'y sont pas retournés en raison d'obstacles non liés aux TMS (une perte d'emploi, un déménagement, une grossesse). Les participants ayant été catégorisés comme étant « absent du travail » sont ceux qui ne sont pas retournés à leur travail ou à tout autre travail en raison d'obstacles liés à leur TMS.

Toutes les variables de l'étude (facteurs prédictifs, obstacles et statut de travail) ont été saisies dans une base de données. Diverses mesures ont été prises pour assurer la qualité des données de la base, notamment la formation des personnes responsables de la saisie des données, la création de fichiers d'entrée de données simples et pratiques d'utilisation et finalement la mise en place de plusieurs mécanismes de vérification de la saisie des données.

4.1.7.4 Analyse de données

Les analyses descriptives ont d'abord été réalisées pour chaque facteur à l'étude. Des modèles de régression logistique ont ensuite été construits pour explorer les associations entre les facteurs et le statut de travail (77, 78). Étant donné le nombre élevé de variables à étudier (83 variables), une démarche systématique d'analyse de données a

été utilisée pour minimiser le nombre de facteurs à inclure dans les modèles (77, 78). Cette démarche a comporté quatre étapes distinctes. Dans un premier temps, certains facteurs ont été retirés de l'analyse selon trois critères spécifiques, soit : (a) lorsque la fréquence du facteur dans la population générale se situait en dessous de 5% ou encore au-dessus de 95%; (b) lorsque le nombre de classes des variables catégoriques était supérieur à vingt; (c) lorsqu'un nombre important de données du facteur étaient absentes de la base. La deuxième étape a comporté en la réalisation de régressions logistiques univariées entre chaque facteur non retiré à l'étape précédente et la variable du statut de travail. Les facteurs associés au statut de travail avec un seuil de signification de $p \leq 0,10$ ont été conservés pour former le modèle de régression logistique de base. En troisième étape, la colinéarité entre les facteurs inclus dans le modèle de base a été vérifiée par des tests de Chi Carré. Finalement, la quatrième étape a consisté en la production de régressions logistiques multivariées. Elles ont inclus au départ les facteurs du modèle de base (2^{ème} étape). Ensuite, tous les autres facteurs ont été testés un à la fois dans le modèle de base. Le choix de l'ordre d'entrée des facteurs dans le modèle final a été fait selon leur importance décrite par la littérature. Cette approche de sélection de variable est l'une des alternatives proposée par Sun et al. (79). La variable du genre a été incluse dans le modèle final de la population générale à titre de variable de contrôle. Pour cette dernière étape, chacun des facteurs associés au statut de travail avec un seuil de signification de $p \leq 0,05$ a été conservé dans le modèle final. Le logiciel SPSS (version 13.0) a été utilisé pour effectuer l'ensemble des analyses inférentielles.

4.1.8 Résultats

La population de l'étude a totalisé 222 dossiers de participants au programme PRÉVICAP. Cette population est constituée de 131 hommes et de 91 femmes. L'âge moyen de la population de l'étude est de $39,1 \pm 9,4$ années. La durée moyenne de l'arrêt de travail des participants en lien avec le TMS se situe à $31,7 \pm 20,2$ semaines. La durée moyenne de participation au programme PRÉVICAP a été de $14,8 \pm 8,2$ semaines (Tableau II). Les résultats moyens aux questionnaires auto-administrés rapportés au Tableau II suggèrent un **niveau élevé** de *perception d'incapacité*, de *kinésiophobie* et de *détresse psychologique* ainsi qu'un **niveau moyen** de *douleur*. À l'exception des résultats au *TAMPA* ($p=0.001$) et au *Roland Morris* ($p=0,019$), aucune différence significative n'a été observée entre les hommes et les femmes concernant *l'âge* ($p=0.216$), la *durée d'arrêt de travail* ($p=0.830$), la *durée du programme PRÉVICAP* ($p=0.122$), *l'intensité de la douleur* ($p=0.127$) et les résultats aux autres questionnaires auto-administrés (*IDVQ* à $p=0.345$ et *IDP* à $p=0.629$).

TABLEAU II: STATISTIQUES DESCRIPTIVES GÉNÉRALES

VARIABLES	MODÈLES		
	Général	Homme	Femme
Sexe	N=222	n=131	n=91
Âge (années)	$39,1 \pm 9,4$	$38,7 \pm 9,7$	$39,8 \pm 8,9$
Score Roland Morris (/100); $n=169$	$56,9 \pm 20,7$	$58,3 \pm 19,7$	$54,0 \pm 22,9$
Score IDVQ (/100); $n=53$	$51,8 \pm 19,1$	$47,7 \pm 26,0$	$53,2 \pm 12,8$
Score TAMPA (/100); $n=222$	$66,0 \pm 11,8$	$68,1 \pm 11,4$	$63,0 \pm 11,8$
Score IDP (/100); $n=222$	$35,7 \pm 19,2$	$35,2 \pm 18,9$	$36,3 \pm 19,9$
Score VAS (/10); $n=191$	$4,9 \pm 2,2$	$4,7 \pm 2,3$	$5,1 \pm 2,1$
Durée de l'arrêt de travail (semaines)	$31,7 \pm 20,2$	$31,5 \pm 17,5$	$31,9 \pm 23,6$
Durée du programme (semaines)	$14,8 \pm 8,2$	$15,2 \pm 8,8$	$14,1 \pm 7,0$
Résultats : Retour au travail	73,0%	66,4%	82,4%

Les distributions de fréquence des facteurs présents chez au moins 40% de la population sont présentées dans le Tableau III. Les facteurs y sont classés par ordre d'importance pour chacune des classes. Outre le premier facteur clinique (*méconnaissance du travailleur du pronostic de récupération*), ceux qui sont présents chez plus de 50 % des participants sont principalement des facteurs occupationnels et psychosociaux. Par exemple, les deux facteurs occupationnels les plus fréquents sont la perception que *les exigences du travail sont trop élevées par rapport aux capacités* (96,4%) et la présence de *postures contraignantes au travail* (84,6%). Les deux facteurs psychosociaux les plus fréquents sont les *craintes élevées d'aggravation / de rechute* (86,4%) et le *peu de gestion active de la douleur* (85,1%). Parmi les plus fréquents des autres classes (clinique, sociodémographique et liés aux soins de santé) se retrouvent : *l'absence d'antécédents de TMS/ arrêt de travail* (65,8 %), *le mode de vie sédentaire* (51,3%) et la *perception d'un échec thérapeutique en fonction des soins reçus* (40,8%).

TABLEAU III: DISTRIBUTION DE FRÉQUENCE DES FACTEURS

Facteurs	Distribution de fréquence ¹ (pourcentage)		
	Général	Homme	Femme
FACTEURS SOCIODÉMOGRAPHIQUES			
Mode de vie actif avant fait accidentel	54.5	55.7	52.7
Mode de vie sédentaire	50.9	53.4	47.3
Âge (plus jeune)	49.1	49.6	48.4
FACTEURS CLINIQUES			
Méconnaissance du travailleur du pronostic de récupération	91.4	92.4	90.1
Absence d'antécédents TMS / arrêt travail	65.3	59.5*	73.6
Déconditionnement physique	49.1	50.4	47.3
Étiquetage diagnostique	43.2*	48.1*	36.3
FACTEURS PSYCHOSOCIAUX			
Craintes élevées d'aggravation / de rechute	86.5	89.3	82.4*
Gestion active de la douleur (absence)	85.1	85.5	84.6
Perception d'une lésion grave	80.2	81.7*	78.0
FACTEURS OCCUPATIONNELS			
Exigences du travail élevées vs capacités	96,4	95,4	97,8
Postures contraignantes	85.6*	85.5	85.7
Poids trop lourds	79.7	81.7	76.9
Poids trop lourds / associés à des postures contraignantes	75.7	77.1	73.6
Motifs favorables à un retour au travail	68.9	68.7	69.2
Se projette au travail	60.4	56.5	65.9*
Ancienneté de longue date	55.4	51.9	60.4
Relations de travail satisfaisantes	52.7	55.0	49.5
Travailleur maintien contact / employeur	40.1	42.0	37.4
Tentatives de retour au travail interrompues / douleur	36.9	33.6	41.8*
FACTEURS LIÉS AUX SOINS DE SANTÉ			
Perception d'un échec thérapeutique	41.4*	41.2*	41.8*

¹ Fréquence rapportée seulement pour les facteurs présents chez au moins 40% des participants

* : Représentent les facteurs qui ont été associés au statut de travail dans l'un ou l'autre des trois modèles.

Le pourcentage de retour au travail au programme PRÉVICAP a été de 73% (Tableau II). Une différence très hautement significative entre les hommes et les femmes concernant le taux de retour au travail est observée ($\chi^2 = 14,59$; $p \leq 0.001$). En effet, les hommes de cette étude sont retournés au travail dans une proportion de 66,4% contre 82,4% pour les femmes. Ces résultats ont conduit à la réalisation de trois modèles de régression logistique soit : un pour la population générale, un pour les hommes et un pour les femmes.

Lors de la construction des trois modèles de régression logistique, 18 facteurs ont été retirés de l'analyse des données (1^{ière} étape), abaissant le nombre de facteurs à 65. Seulement 10 des 65 facteurs ont été inclus dans le modèle de base (2^{ième} étape). Aucun des 10 facteurs n'a été exclu suite aux tests de colinéarité (3^{ième} étape). Les régressions logistiques multivariées ont débuté avec les 10 facteurs du modèle de base et en testant les 55 autres facteurs avec les 10 variables du modèle de base (4^{ième} étape). Les quatre étapes ont été répétées systématiquement pour construire les trois modèles de régression logistique de l'étude présenté dans le Tableau IV, le Tableau V et le Tableau VI.

TABLEAU IV: MODÈLE DE PRÉDICTION DES FACTEURS PRÉDICTIFS ET OBSTACLES ASSOCIÉS AU RETOUR AU TRAVAIL POUR LA POPULATION GÉNÉRALE

FACTEURS ASSOCIÉS ^{1,2}	Wald	OR	Sign.	95% C.I. (O.R)	
				Bas	Haut
C : Étiquetage diagnostique	5,400	2,419	0,020	1,148	5,096
P : Perception d'incapacité	5,005	0,982	0,025	0,966	0,998
P : Craintes élevées d'aggravation / de rechute	4,707	2,828	0,030	1,106	7,234
O : Durée du programme PRÉVICAP	7,626	1,061	0,006	1,017	1,107
O : Ancienneté récente	4,583	0,412	0,032	0,183	0,928
O : Absence de travaux légers disponibles	6,233	3,672	0,013	1,323	10,197
O : Postures contraignantes	5,475	2,753	0,019	1,179	6,428
O : Statisme prolongé posture de travail	6,896	2,773	0,009	1,295	5,937
SS : Perception d'un échec thérapeutique	8,898	0,326	0,003	0,156	0,681
S : <i>Genre (homme); variable de contrôle</i>	8,386	0,326	0,004	0,153	0,696

¹S : facteur sociodémographique; C : facteur clinique; P : facteur psychosocial;

O : facteur occupationnel; SS : facteur lié aux soins de santé

²: df=1 pour tous les facteurs du modèle

TABLEAU V: MODÈLE DE PRÉDICTION DES FACTEURS PRÉDICTIFS ET OBSTACLES ASSOCIÉS AU RETOUR AU TRAVAIL POUR LA POPULATION DES HOMMES

FACTEURS ASSOCIÉS ^{1,2}	Wald	OR	Sign.	95% C.I. (O.R)	
				Bas	Haut
C : Étiquetage diagnostique	14,819	10,366	0,000	3,152	34,093
C : Absence d'antécédents TMS / arrêt travail	6,442	3,186	0,011	1,302	7,795
P : Perception d'incapacité	5,004	0,976	0,025	0,955	0,997
P : Perception d'une lésion grave	5,299	0,192	0,021	0,047	0,783
O : Durée du programme PRÉVICAP	6,473	1,067	0,011	1,015	1,122
O : Durée de l'arrêt de travail	5,720	1,047	0,017	1,008	1,067
O : Ancienneté récente	8,087	0,196	0,004	0,064	0,603
O : Absence de travaux légers disponibles	6,324	4,951	0,012	1,423	17,223
SS : Perception d'un échec thérapeutique	6,670	0,270	0,010	0,100	0,729

¹S : facteur sociodémographique; C : facteur clinique; P : facteur psychosocial;

O : facteur occupationnel; SS : facteur lié aux soins de santé

²: df=1 pour tous les facteurs du modèle

TABLEAU VI: MODÈLE DE PRÉDICTION DES FACTEURS PRÉDICTIFS ET OBSTACLES ASSOCIÉS AU RETOUR AU TRAVAIL POUR LA POPULATION DES FEMMES

FACTEURS ASSOCIÉS ^{1,2}	Wald	OR	Sign.	95% C.I. (O.R)	
				Bas	Haut
P : Détresse psychologique	3,832	1,041	0,050	1,001	1,083
P : Craintes élevées d'aggravation / de rechute	10,223	21,675	0,001	3,289	142,857
P : Événements personnels récents	5,217	12,884	0,022	1,437	114,845
O : Équipements de travail jugés inadéquats	11,223	148,99	0,001	7,975	2783,609
O : Se projette au travail	7,048	0,075	0,008	0,011	0,508
O : Tentatives de retour au travail interrompues / douleur	3,847	0,164	0,050	0,027	0,999
SS : Perception d'un échec thérapeutique	6,587	0,099	0,010	0,017	0,579

¹ S : facteur sociodémographique; C : facteur clinique; P : facteur psychosocial;

O : facteur occupationnel; SS : facteur lié aux soins de santé

² : df=1 pour tous les facteurs du modèle

Au total dans les trois modèles, dix-sept facteurs, majoritairement de nature occupationnelle et psychosociale, ont été associés au statut de travail (Tableau IV, Tableau V, Tableau VI). Onze des dix-sept facteurs ont un rapport de cote plus grand que 1 (OR>1). Ces résultats signifient que la présence de ces facteurs augmente la probabilité de retour au travail chez les participants où ces facteurs ont été observés. À l'inverse, les six autres facteurs ont un rapport de cote plus petit que 1 (OR<1), ce qui signifie une plus grande probabilité de ne pas retourner au travail pour les participants chez qui ces facteurs sont présents.

De façon plus spécifique, dans le modèle général, les facteurs avec un rapport de cote plus grand que 1 (OR>1) sont : *l'étiquetage diagnostique* (OR= 2,419), *les craintes élevées d'aggravation/ de rechute* (OR=2,828), *la durée du programme PRÉVICAP* (OR=1,061), *l'absence de travaux légers disponibles* (OR=3,672), *la présence de posture contraignantes* (OR=2,753) et *la présence de statisme prolongé de la posture de travail* (OR=2,773). Toujours dans le modèle général, les facteurs qui ont un rapport de cote plus

petit que 1 ($OR < 1$) sont : *la perception d'incapacité* ($OR=0,982$), *l'ancienneté récente* ($OR=0,412$) et *la perception d'un échec thérapeutique* ($OR=0,326$).

Pour le modèle des hommes, les facteurs avec un rapport de cote plus grand que 1 ($OR>1$) sont : *l'étiquetage diagnostique* ($OR=10,336$), *la durée du programme PRÉVICAP* ($OR=1,067$), *la durée de l'arrêt de travail* ($OR=1,047$), *l'absence de travaux légers disponibles* ($OR=4,951$) et *l'absence d'antécédents TMS ayant nécessité un arrêt de travail* ($OR=3,186$). Toujours dans le modèle des hommes, les facteurs qui ont un rapport de cote plus petit que 1 ($OR<1$) sont : *la perception d'incapacité* ($OR=0,976$), *la perception d'une lésion grave* ($OR=0,192$), *l'ancienneté récente* ($OR=0,196$) et *la perception d'un échec thérapeutique* ($OR=0,270$).

Ensuite, pour le modèle des femmes, les facteurs avec un rapport de cote plus grand que 1 ($OR>1$) sont : *la détresse psychologique* ($OR= 1,041$), *les craintes élevées d'aggravation/ de rechute* ($OR=21,675$), *la présence d'événements personnels récents* ($OR=12,884$) et *la présence d'équipements de travail jugés inadéquats* ($OR=148,99$). Toujours dans le modèle des femmes, les facteurs qui ont un rapport de cote plus petit que 1 ($OR<1$) sont : *la présence de projection au travail* ($OR=0,075$), *la présence de tentatives de retour au travail interrompues en raison de la douleur* ($OR=0,164$) et *la perception d'un échec thérapeutique* ($OR=0,099$).

Seule l'association entre le statut de travail et *la perception d'un échec thérapeutique* est commune aux trois modèles. Ce facteur a été associé défavorablement au statut de travail dans chacun d'eux ($OR<1$). Aucun autre facteur n'a été associé à la fois dans le modèle des hommes et dans celui des femmes. Deux facteurs ont été associés

au statut de travail seulement dans le modèle général (*la présence de postures contraignantes et la présence de statisme prolongé de la posture de travail*).

La capacité de prédiction des trois modèles est présentée dans le Tableau VII. Les résultats démontrent une bonne capacité de prédiction du statut de travail pour les trois modèles (de 71,8% à 85,7%). De façon plus spécifique, les résultats démontrent une excellente capacité de prédiction pour ceux qui sont retournés au travail (de 83,9% à 96%). Cependant, la capacité de prédiction des modèles pour ceux qui ne sont pas retournés au travail est plutôt faible (de 36,7% et 47,7%).

TABLEAU VII: PRÉDICTION DES MODÈLES

MODÈLES		TABLE DE PRÉDICTION ¹			GOODNESS OF FIT ³	
		Globale	RAT ²	Non-RAT ²	χ^2	Sig.
	GÉNÉRAL	77,0 %	92,0 %	36,7 %	13,901	0,084
	HOMME	71,8 %	83,9 %	47,7 %	15,017	0,059
	FEMME	85,7 %	96,0 %	37,5 %	3,493	0,900

¹ Représente les pourcentages de capacité de prédiction des modèles

² Non-RAT : représente le groupe des participants qui n'est pas retourné au travail

RAT : représente le groupe des participants qui est retourné au travail

³ Résultats du test de Hosmer and Lemeshow pour vérifier la conformité des modèles aux résultats :
« goodness of fit »

4.1.9 Discussion

Cette étude portait sur les facteurs prédictifs et obstacles du retour au travail chez des personnes en incapacité de travail prolongée qui avaient participé à un programme de réadaptation au travail. Dans la littérature, la connaissance des facteurs en phase chronique se révèle très limitée contrairement à celle des facteurs en phases aiguë et subaiguë. À notre connaissance, aucune étude n'a analysé les facteurs prédictifs et obstacles dans un contexte comparable à celui de la présente étude, c'est-à-dire en

incluant la majorité des facteurs de la littérature associés à l'incapacité de travail prolongée, chez une population composée exclusivement de personnes hors travail depuis plus de trois mois et admises au même programme de réadaptation au travail.

Les résultats de cette étude ont permis d'observer que pendant la phase chronique les facteurs psychosociaux et occupationnels sont pour la plupart plus fréquents que les facteurs sociodémographiques et cliniques. Ces observations vont dans le même sens que celles rapportées par plusieurs auteurs qui soulignent la prépondérance des facteurs psychosociaux et occupationnels pendant la phase chronique (5, 6, 13, 20, 27, 32, 33, 80, 81).

Les caractéristiques de notre échantillon sont aussi similaires à ceux décrits dans la littérature en phase chronique pour l'âge, le temps moyen d'arrêt de travail et les résultats des questionnaires auto-administrés mesurant respectivement *l'intensité de la douleur*, la *perception d'incapacité*, le niveau de *kinésiophobie* et la *détresse psychologique* (63, 69, 82-85). Par contre, deux différences importantes de notre échantillon par rapport aux populations décrites en phase chronique sont observées, soit : le taux de retour au travail et les différences reliées au genre. En effet, le taux global de retour au travail suite à une participation à un programme de réadaptation en phase chronique est plus élevé dans cette étude (73 %) que dans la revue de littérature de Frank et al. (14) qui le situe à environ 50%. Ensuite, les résultats de cette étude ont illustré une différence très hautement significative entre les hommes et les femmes concernant le taux de retour au travail (82,4% contre 66,45%; χ^2 de 14,59; $p \leq 0,001$). Aucun résultat comparable n'est actuellement disponible dans la littérature en phase chronique et ces résultats divergent de ceux rapportés dans la littérature en phase aiguë et subaiguë, où il

est généralement observé une plus grande proportion d'hommes qui retournent au travail après un TMS (4, 5, 7, 18, 29, 35). Il est ainsi possible que pendant la phase chronique, la relation entre le genre des participants et le statut de travail soit différente. Cette hypothèse reste toutefois à être vérifiée.

En considération de la différence entre les hommes et les femmes concernant le taux de retour au travail, les analyses de cette étude ont porté sur sa population générale mais aussi de façon indépendante chez les hommes et chez les femmes. Peu d'études ont présenté des résultats stratifiés en fonction du *genre* (5). Or, l'étude de Dionne et al. (5) a aussi observé pendant la phase subaigüe des différences importantes entre les hommes et les femmes concernant les déterminants du retour au travail. Tout comme l'étude de Dionne et al. (5), les trois modèles produits par la présente étude ont démontré que la plupart des facteurs associés au statut de travail sont différents chez les hommes et chez les femmes.

Deux facteurs cliniques ont été associés favorablement au statut de travail dans le modèle général et dans celui des hommes. D'abord, il y a *l'absence d'antécédents de TMS/ d'arrêt de travail*. Ce résultat converge avec ceux de plusieurs études de facteurs en phases aigüe et subaigüe (5, 21, 25, 81, 86). Puis, il y a la présence *d'étiquetage diagnostique*. Le sens de cette relation ne converge cependant pas avec les écrits (18, 24). Dans la littérature, ce facteur a été mesuré pendant les phases aigüe et subaigüe et était associé à une évolution défavorable. Cette divergence pourrait alors s'expliquer par l'impact du traitement et des enseignements reçus par les participants de cette étude qui permettrait de recadrer la répercussion de la présence *d'étiquetage diagnostique* chez l'individu et d'en limiter l'impact négatif sur le statut de travail.

Au total dans les trois modèles, cinq facteurs psychosociaux ont été associés au statut de travail. D'abord chez les hommes, la *perception d'incapacité* et la *perception d'une lésion grave* ont été associées défavorablement au statut de travail. Le sens de l'association de ces facteurs dans la présente étude est convergent avec celui de la littérature en phase chronique (40-43). Les trois autres facteurs psychosociaux comprennent la *détresse psychologique*, la présence de *craintes élevées d'une aggravation / de rechute* et la présence d'un *événement personnel récent*. Ils ont tous les trois été associés favorablement au statut de travail chez les femmes seulement. Toutefois, le sens de la relation de ces dernières associations ne converge ni avec la littérature en phase chronique (40, 42), ni avec celle en phases aiguë / subaiguë (13, 25, 81)). Encore une fois, l'hypothèse sous-jacente à ces résultats concerne l'impact possible du programme d'intervention. Les résultats suggèrent que les femmes présentant ces facteurs identifiés dès leur admission au programme, aient vraisemblablement bénéficié des interventions reçues, de façon à modifier l'impact de ceux-ci sur le statut de travail. Également, la présence d'associations favorables au statut de travail des facteurs psychosociaux chez les femmes seulement conduit encore une fois à se questionner sur la relation entre la nature des interventions reçues et le genre des participants. Cette possible relation reste toutefois à être démontrée.

Huit facteurs occupationnels ont été associés au statut de travail dans l'un ou l'autre des trois modèles de cette étude. D'abord, quatre d'entre eux : l'*absence de travaux légers disponibles*, la présence d'*équipements de travail jugés inadéquats*, la présence de *postures contraignantes au travail* et la présence de *statisme prolongé de la posture de travail* ont tous été associés favorablement au statut de travail dans l'un ou

l'autre des trois modèles. Dans la littérature, la définition opérationnelle de ces facteurs varie beaucoup. Néanmoins, il se dégage de la littérature que l'absence de travaux légers disponibles et les demandes physiques élevées des tâches de travail sont généralement associés défavorablement au statut de travail (8, 13, 15, 20, 23, 27, 31, 87). Le sens de l'association de ces facteurs dans la présente étude est donc étonnant. Une fois de plus, l'association favorable de ces facteurs au statut de travail suggère l'impact positif de l'intervention, notamment en ce qui concerne la composante en milieu de travail du programme PRÉVICAP qui favoriserait entre autres une modification des représentations du travailleur concernant les exigences de son emploi et la réduction des contraintes environnementales (88). Ensuite, les résultats de l'étude démontrent qu'une plus grande *durée d'arrêt de travail* avant le programme serait favorable au statut de travail chez les hommes. Bien que le rapport de cote de ce facteur soit plutôt faible (1,067; $p \leq 0,01$), ce résultat ne converge pas avec la littérature, où une longue absence du travail est généralement considérée comme un obstacle important au retour au travail (9, 13, 24, 25, 75, 81). Ce résultat pourrait toutefois s'expliquer par l'identification des sujets à haut risque d'incapacité de travail prolongée en début de programme qui mobiliserait plus particulièrement les intervenants et favoriserait ainsi leur retour au travail. Trois autres facteurs occupationnels ont été associés défavorablement au statut de travail dans cette étude. D'abord chez les hommes, la présence d'une *ancienneté récente* chez l'employeur, ce qui converge avec les résultats des études en phase aigüe et subaigüe (5, 20, 24, 25, 27). Ensuite chez les femmes, il y a la présence de *tentative de retour au travail interrompu en raison de douleur*, qui converge également avec celui de l'étude de Loisel et al. (89). Finalement, chez les femmes, la présence de *projection au travail* été associée

défavorablement au statut de travail. Ce résultat ne converge pas avec ceux des études en phases aiguë et subaiguë qui observent généralement une association favorable entre le statut de travail et la présence de ce facteur (13, 25, 81). Ce résultat demeure difficile à expliquer. Néanmoins, l'une des explications possibles serait que : dans un contexte d'indemnisation et après une absence prolongée au travail, l'évaluation de ce facteur pourrait être influencée par la désirabilité sociale. Cette hypothèse soulève ainsi la validité d'interroger les participants sur ce facteur après une longue absence au travail.

En dernier lieu, deux facteurs liés aux soins de santé ont été associés au statut de travail dans cette étude. Premièrement, la présence de *perception d'un échec thérapeutique en fonction des interventions reçues* a été associée défavorablement au statut de travail dans les trois modèles. Dionne et al. (5) ont observé une association similaire pendant la phase subaiguë. Ce résultat va également dans le sens de l'étude de Baril et al. (90) qui mentionnent qu'en phase chronique, les patients ont des représentations de leurs problèmes de santé parfois difficilement modifiables. Finalement, une plus longue *durée du programme PRÉVICAP* a été associée favorablement au statut de travail chez les hommes et dans le modèle général. Une association analogue a aussi été observée par Hlobil et al. (91). Ce résultat supposerait que la *durée du programme* joue un rôle sur le statut de travail, en laissant plus de temps pour agir sur les différents facteurs prédictifs et obstacles du retour au travail.

En somme, seulement le quart des facteurs prédictifs et obstacles associés au statut de travail dans la présente étude avait aussi été associé dans les écrits à l'incapacité de travail pendant la phase chronique. Ils constituent essentiellement en des facteurs psychosociaux. Les autres facteurs associés au statut de travail dans cette étude avaient

été documentés dans la littérature seulement pendant les phases aiguë et subaiguë. Cette situation s'explique notamment en raison de la structure de l'OISHT, qui rappelons-le comprend essentiellement des facteurs de la littérature qui ont été associés à l'incapacité de travail prolongée pendant les phases aiguë et subaiguë (59).

Les résultats les plus innovants de cette étude révèlent qu'en phase chronique, les associations entre plusieurs facteurs et le statut de travail semblent changer de sens lorsqu'elles sont combinées avec la participation à un programme interdisciplinaire de réadaptation incluant une identification préalable de ces facteurs et une intervention en milieu de travail. Plus précisément, cela signifie que la présence des facteurs chez les participants de cette étude est favorable au statut de travail, alors que dans la littérature, la présence de ces mêmes facteurs est généralement considérée comme une entrave au retour au travail. Ces résultats ne peuvent cependant être comparés directement avec la littérature, puisque contrairement à cette étude, la majorité des études de facteurs n'a pas tenu compte des interventions reçues (ou non reçues) par leurs participants. Quant aux études des programmes de réadaptation, celles-ci ont examiné l'effet de leur programme en relation avec un nombre limité de facteurs (rarement plus de 3 simultanément) (45), alors que cette étude en a analysé 65.

Les résultats divergents avec la littérature concernant le sens de l'association de plusieurs facteurs conduisent donc à considérer l'impact du programme d'intervention qui inclut comme l'une des composantes principales le dépistage des facteurs prédictifs et obstacles du retour au travail par les cliniciens qui prennent en charge les participants (DSHT) (59). Les résultats suggèrent donc que l'identification des facteurs à l'entrée du programme permettrait de mieux cibler le choix des interventions pendant le programme.

L'intervention ciblée en fonction des besoins de la personne aurait alors plus de chance de modifier favorablement l'influence des facteurs sur le statut de travail. Cette interprétation suggère ainsi l'utilité d'identifier les facteurs prédictifs et obstacles du retour au travail en début de programme pour ensuite mieux agir sur la problématique. En fait, plusieurs auteurs ont fondé par ce mécanisme le besoin de dépister les facteurs pendant la phase chronique (7, 13, 14, 17, 92, 93). Néanmoins, à notre connaissance, ce mécanisme n'avait pas encore été illustrée aussi explicitement que par les résultats de cette étude. À cet effet, Tuck & Okifuji (94) soulignent que l'identification pure et simple des facteurs prédictifs et obstacles est insuffisante. Selon eux, la prochaine étape devrait être de déterminer si la connaissance des facteurs peut guider l'intervention et le développement de stratégies pour contrer l'incapacité de travail prolongée. Les résultats de notre étude appuient cette proposition et sa faisabilité, à savoir le dépistage des facteurs et l'intervention ciblée en fonction de ceux-ci.

Il apparaît également que les résultats de cette étude ont pu être influencés par d'autres éléments du programme, notamment par la composante RTT qui est au cœur du programme PRÉVICAP et qui consiste en l'exposition graduelle au travail. Selon les résultats de cette étude, cette composante permettrait vraisemblablement d'agir favorablement sur les différents facteurs occupationnels. En réalité, l'aspect individualisé du programme (interventions ciblées en fonction des besoins) et l'intervention en milieu réel de travail sont deux principes d'intervention supportés par plusieurs études (8, 13, 87, 92).

Cette interprétation des résultats concernant les facteurs qui ont été associés favorablement au *statut de travail* mène à considérer également l'envers de la médaille,

soit les facteurs qui ont été associés défavorablement au statut de travail. Il est ainsi possible, qu'en présence des facteurs associés défavorablement au statut de travail, que le programme de réadaptation n'ait pas agi aussi efficacement que souhaité. Les résultats de cette étude ne permettent toutefois pas d'établir le lien entre les composantes du programme possiblement moins efficaces et la présence de ces facteurs.

Dans un autre ordre d'idées, malgré l'excellente capacité de prédiction des modèles pour les participants qui retournent au travail (83,9% à 96%), leur capacité de prédiction des participants qui ne retournent pas au travail est plutôt faible (de 36,7% à 50%). Ces résultats limitent ainsi les possibilités d'inférence sur le portrait des participants qui ne retournent pas au travail et convergent avec ceux de l'étude de Shultz et al. (43). Concrètement, ces résultats suggèrent également certaines différences entre les deux groupes. D'abord, il est possible que le nombre prédéfini de facteurs inclus dans cette étude ne témoigne pas de l'ensemble des facteurs explicatifs jouant sur le non-retour au travail des participants. De plus, les facteurs qui définissent les participants qui ne retournent pas au travail sont peut-être beaucoup moins fréquents dans la population. À ce propos, Waddell et al. (13), soulignent que certains facteurs peu fréquents ont une valeur prédictive puissante du non-retour au travail (être monoparental avec de jeunes enfants). Toutefois, leur faible fréquence dans la population générale limite leur inclusion dans les modèles de prédiction. Linton et al. (95) vont dans le même sens que Waddell et al. (13). Ils indiquent que l'étude des facteurs prédictifs visant l'élaboration de modèles de prédiction adaptés à l'ensemble de la population demeure difficile d'application et proposent une approche d'étude des facteurs prédictifs qu'ils nomment le «flagging model» (95). Cette approche vise principalement à faire ressortir les facteurs prédictifs et

obstacles chez les personnes en incapacité de travail prolongée et à intervenir spécifiquement en fonction des facteurs présents. En fait, les résultats de cette étude supportent parfaitement la perspective proposée par Linton et al. (95). Cette perspective fait d'ailleurs partie intégrante de la base théorique du programme PRÉVICAP (54).

En terminant, il apparaît que l'une des principales limites de cette étude est liée à l'utilisation d'une base de donnée rétrospective dont un nombre prédéfini de variables était disponible. Ainsi, il est possible que certains facteurs absents de la base de données aient eu un effet sur le statut de travail et cela sans qu'il soit possible de documenter ou de pondérer cet effet. Parmi les facteurs susceptibles d'avoir eu un impact sur le statut de travail, il y a entre autres : l'effet de l'intensité de la douleur qui n'a pu être documenté, certains facteurs liés au déroulement du programme, tel que l'action concertée (96), le sentiment d'efficacité personnelle (5, 16, 97) et les barrières culturelles (98). D'autre part, les données disponibles n'ont pas permis de distinguer, ni de pondérer, entre ceux qui sont retournés au travail à temps plein et ceux à temps partiel, ni entre ceux qui ont participé au programme PRÉVICAP pour seulement une semaine par opposition à ceux qui ont complété le programme. Il est ainsi possible que l'un ou l'autre de ces sous-groupes ait été associé à des facteurs différents. En revanche, la contribution principale de cette étude est d'avoir étudiée les facteurs prédictifs et les obstacles sur une population en incapacité de travail pendant la phase chronique et qui a participé à un même programme interdisciplinaire de réadaptation. De plus, l'approche structurée de l'OISHT, la formation préalable, le suivi des cliniciens qui ont dispensé le programme PRÉVICAP, ainsi que l'atteinte d'un accord inter-juges de plus de 95% lors de la saisie des données s'ajoutent aux forces méthodologiques de cette étude. Finalement, les qualités de

généralisation de l'étude sont supportées par l'utilisation d'un programme qui a démontré sa validité externe, par le grand « N » et par la dispersion géographique dans quatre régions distinctes du Québec de la population de l'étude.

4.1.10 Conclusion

Jusqu'à maintenant, l'ensemble de la littérature a décrit les facteurs prédictifs et obstacles pendant les phases aigüe et subaigüe. Dans cette étude, ces facteurs ont été étudiés pendant la phase chronique, chez des participants à un programme interdisciplinaire de réadaptation au travail. L'effet inversé de plusieurs facteurs observé dans les résultats de cette étude ont conduit à considérer l'impact du programme et l'utilité d'un dépistage précoce des facteurs prédictifs et obstacles à l'entrée d'un programme de réadaptation. Par ailleurs, l'association de plusieurs facteurs occupationnels supporte de mettre plus d'emphasis sur ces facteurs en prévention de l'incapacité de travail prolongée. Également, les résultats de cette étude suggèrent que la planification de l'intervention devrait aussi tenir compte des différences significatives présentes entre les hommes et les femmes concernant l'impact des facteurs sur le statut de travail. Ces recommandations présupposent toutefois que les programmes de réadaptation offerts aux personnes en incapacité de travail prolongée possèdent la latitude nécessaire pour individualiser et adapter le programme aux besoins et problématiques spécifiques de leurs participants. Finalement, il importe de poursuivre les recherches évaluatives des programmes en lien avec les facteurs prédictifs et obstacles associés à l'incapacité de travail prolongée en ouvrant la « boîte noire » des programmes de réadaptation au travail. Ces études permettraient ensuite de mieux cerner les actions thérapeutiques à poser pour ainsi agir spécifiquement en fonction des facteurs prédictifs et obstacles du retour au travail.

4.1.11 Remerciements

Nous remercions la Chaire de recherche en réadaptation au travail, Fondation. J. Armand Bombardier et Pratt & Whitney Canada, pour leur support financier au premier auteur de cette étude.

4.1.12 Références

1. INSPQ. La prévention des troubles musculosquelettique liés au travail. Réflexion sur le rôle du réseau de santé publique et orientations proposées pour la santé au travail. Québec, Qc: INSPQ, 2005.
2. Baril R. Du constat à l'action: 15 ans de recherche en réinsertion professionnelle des travailleurs au Québec. PISTES 2002; 4.
3. Burton AK, S. B, Wright IA, Main C. Ostacles to recovery from musculoskeletal disorders in industry. Sudbury: Health and Safety Executive, pp. 1-74, 2005.
4. Crook J, Milner R, Schultz IZ, Stringer B. Determinants of occupational disability following a low back injury: a critical review of the literature. Journal of Occupational Rehabilitation 2002; 12: 277-95.
5. Dionne CE, Bourbonnais R, Frémont P, Rossignol M, Stock SR. Le pronostic occupationnel des travailleurs aux prises avec des affections vertébrales. Montréal: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité au travail, pp. 1-147, 2004.
6. Frank JW, Kerr MS, Brooker AS, DeMaio SE, Maetzel A, Shannon HS, Sullivan TJ, Norman RW, Wells RP. Disability resulting from occupational low back pain. Part I: What do we know about primary prevention? A review of the scientific evidence on prevention before disability begins. Spine 1996; 21: 2908-17.
7. Gatchel RJ, Polatin PB, Mayer TG. The dominant role of psychosocial risk factors in the development of chronic low back pain disability. Spine 1995; 20: 2702-9.
8. Krause N, Dasinger LK, Deegan LJ, Rudolph L, Brand RJ. Psychosocial job factors and return-to-work after compensated low back injury: A disability phase-specific analysis. American Journal of Industrial Medicine 2001; 40: 374-392.
9. Spitzer WO, Leblanc FE, Dupuis M. Scientific Approach to the Assessment and Management of the Activity-Related Spinal Disorders. A Monograph for Clinicians. Report of the Quebec Task Force on Spinal Disorders. Spine 1987; 12: S1-S59.
10. Truchon M, Fillion L. Biopsychosocial determinants of chronic disability and low-back pain: a review. Journal of Occupational Rehabilitation 2000; 10: 117-142.

11. Turner JA, Franklin G, Turk DC. Predictors of chronic disability in injured workers: a systematic literature synthesis. *American Journal of Industrial Medicine* 2000; 38: 707-722.
12. Turner JA, Franklin G, Fulton-Kehoe D, Egan K, Wickizer TM, Lymp JF, Sheppard L, Kaufman JD. Study Protocol. Prediction of chronic disability in work-related musculoskeletal disorders: a prospective, population-based study. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2004; 5.
13. Waddell G, Burton AK, Main CJ. Screening to identify people at risk of long-term incapacity for work: The Royal Society of medicine press limited, pp. 1-79, 2003.
14. Frank JW, Brooker A, DeMaio SE, Kerr MS, Maetzel A, Shannon HS, Sullivan TJ, Norman RW, Wells RP. Disability resulting from occupational low back pain. Part II: What do we know about secondary prevention? A review of the scientific evidence on prevention after disability begins. *Spine* 1996; 21: 2918-29.
15. Gatchel RJ, Polatin PB, Kinney RK. Predicting Outcome of Chronic Back Pain Using Clinical Predictors of Psychopathology - a Prospective Analysis. *Health Psychology* 1995; 14: 415-420.
16. Adams JH, Williams AC. What affects return to work for graduates of a pain management program with chronic upper limb pain? *Journal of Occupational Rehabilitation* 2003; 13: 91-106.
17. Marhold C, Linton SJ, Melin L. Identification of obstacles for chronic pain patients to return to work: Evaluation of a questionnaire. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2002; 12: 65-75.
18. Abenhaim L, Rossignol M, Gobeille D, Bonvalot Y, Fines P, Scott S. The prognostic consequences in the making of the initial medical diagnosis of work-related back injuries. *Spine* 1995; 20: 791-5.
19. Butterfield PG, Spencer PS, Redmond N, Feldstein A, Perrin N. Low back pain: predictors of absenteeism, residual symptoms, functional impairment, and medical costs in Oregon Workers' compensation recipients. *American Journal of Industrial Medicine* 1998; 34: 559-567.
20. Dasinger LK, Krause N, Deegan LJ, Brand RJ, Rudolph L. Physical workplace factors and return to work after compensated low back injury: a disability phase-specific analysis. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2000; 42: 323-333.
21. Eriksen W, Bruusgaard D, Knardahl S. Work factors as predictors of sickness absence: a three month prospective study of nurses' aides. *Occupational and Environmental Medicine* 2003; 60: 271-8.

22. Feuerstein M, Berkowitz SM, Haufler AJ, Lopez MS, Huang GD. Working with low back pain: workplace and individual psychosocial determinants of limited duty and lost time. *American Journal of Industrial Medicine* 2001; 40: 627-38.
23. Fransen M, Woodward M, Norton R, Coggan C, Dawe M, Sheridan N. Risk factors associated with the transition from acute to chronic occupational back pain. *Spine* 2002; 27: 92-98.
24. Infante-Rivard C, Lortie M. Prognostic Factors For Return to Work After a First Compensated Episode of Back Pain. *Occupational & Environmental Medicine* 1996; 53: 488-494.
25. Lancourt J, Kettelhut M. Predicting return to work for lower back pain patients receiving worker's compensation. *Spine* 1992; 17: 629-40.
26. Lehmann TR, Spratt KF, Lehmann KK. Predicting long-term disability in low back injured workers presenting to a spine consultant. *Spine* 1993; 18: 1103-12.
27. MacKenzie EJ, Morris JA, Jurkovich GJ, Yasui Y, B.M. C, Burgess AR, DeLateur BJ, McAndrew MP, Swiontkowski MF. Return to work following injury: the role of economic, social, and job-related factors. *Journal of Bone & Joint Surgery* 1998; 80: 1034-42.
28. McIntosh G, Frank J, Hogg-Johnson S, Bombardier C, Hall H. Prognostic factors for time receiving workers' compensation benefits in a cohort of patients with low back pain. *Spine* 2000; 25: 147-57.
29. Oleinick A, Gluck JV, Guire KE. Factors Affecting First Return to Work Following a Compensable Occupational Back Injury. *American Journal of Industrial Medicine* 1996; 30: 540-555.
30. Pransky G, Benjamin K, Hill-Fotouhi C, Himmelstein J, Fletcher KE, Katz JN, Johnson WG. Outcomes in work-related upper extremity and low back injuries: results of a retrospective study. *American Journal of Industrial Medicine* 2000; 37: 400-9.
31. van der Weide WE, Verbeek J, Salle HJA, van Dijk FJH. Prognostic factors for chronic disability from acute low-back pain in occupational health care. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 1999; 25: 50-56.
32. Krause N, Frank J, Dasinger LK, Sullivan TJ, Sinclair SJ. Determinants of duration of disability and return-to-work after work-related injury and illness: challenges for future research. *American Journal of Industrial Medicine* 2001; 40: 464-484.

33. Davis KG, Heaney CA. The relationship between psychosocial work characteristics and low back pain: underlying methodological issues. *Clinical Biomechanics* 2000; 15: 389-406.
34. Hartvigsen J, Lings S, Leboeuf-Yde C, Bakketeig L. Psychosocial factors at work in relation to low back pain and consequences of low back pain; a systematic, critical review of prospective cohort studies. *Occup Environ Med* 2004; 61: e2.
35. McIntosh G, Frank J, Hogg-Johnson S, Hall H, Bombardier C. Low back pain prognosis: Structured review of the literature. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2000; 10: 101-115.
36. Pincus T, Burton AK, Vogel S, Field AP. A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. *Spine* 2002; 27: E109-20.
37. Bendix AF, Bendix T, Labriola M, Boekgaard P. Functional restoration for chronic low back pain: two-year follow-up of two randomized clinical trials. *Spine* 1998; 23: 717-25.
38. Gatchel RJ, Mayer TG, Kidner CL, McGeary DD. Are gender, marital status or parenthood risk factors for outcome of treatment for chronic disabling spinal disorders? *Journal of Occupational Rehabilitation* 2005; 15: 191-201.
39. Cutler RB, Fishbain DA, Steele-Rosomoff R, Rosomoff HL. Relationships between functional capacity measures and baseline psychological measures in chronic pain patients. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2003; 13: 249-58.
40. Brox JI, Storheim K, Holm I, Friis A, Reikeras O. Disability, pain, psychological factors and physical performance in healthy controls, patients with sub-acute and chronic low back pain: a case-control study. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2005; 37: 95-9.
41. Walsh DA, Radcliffe JC. Pain beliefs and perceived physical disability of patients with chronic low back pain. *Pain* 2002; 97: 23-31.
42. Sullivan MJ, Ward LC, Tripp D, French DJ, Adams H, Stanish WD. Secondary prevention of work disability: community-based psychosocial intervention for musculoskeletal disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2005; 15: 377-92.
43. Schultz IZ, Crook J, Meloche GR, Berkowitz J, Milner R, Zuberbier OA, Meloche W. Psychosocial factors predictive of occupational low back disability: towards development of a return-to-work model. *Pain* 2004; 107: 77-85.

44. van der Giezen AM, Bouter LM, Nijhuis FJ. Prediction of return-to-work of low back pain patients sicklisted for 3-4 months. *Pain* 2000; 87: 285-94.
45. van der Hulst M, Vollenbroek-Hutten MM, Ijzerman MJ. A systematic review of sociodemographic, physical, and psychological predictors of multidisciplinary rehabilitation-or, back school treatment outcome in patients with chronic low back pain. *Spine* 2005; 30: 813-25.
46. Schonstein E, Kenny DT, Keating J, Koes BW. Work conditioning, work hardening and functional restoration for workers with back and neck pain. *Cochrane Database Systematic Review* 2003: CD001822.
47. Guzman J, Esmail R, Karjalainen K, Malmivaara A, Irvin E, Bombardier C. Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain: systematic review. *Bmj* 2001; 322: 1511-6.
48. Schonstein E, Kenny D, Keating J, Koes B, Herbert RD. Physical conditioning programs for workers with back and neck pain: a cochrane systematic review. *Spine* 2003; 28: E391-5.
49. Staal JB, Hlobil H, van Tulder MW, Koke AJ, Smid T, van Mechelen W. Return-to-work interventions for low back pain: a descriptive review of contents and concepts of working mechanisms. *Sports Medecine* 2002; 32: 251-67.
50. Karjalainen K, Malmivaara AO, van Tulder MW, Roine RP, Jauhiainen S, Hurri HO, Koes BW. Biopsychosocial rehabilitation for repetitive-strain injuries among working-age adults. *Scandinavian Journal of Work Environnemental Health* 2000; 26: 373-81.
51. Hlobil H, Staal JB, Spoelstra M, Ariens GA, Smid T, van Mechelen W. Effectiveness of a return-to-work intervention for subacute low-back pain. *Scandinavian Journal of Work Environnemental Health* 2005; 31: 249-57.
52. Loisel P, Durand M-J, Diallo B, Vachon B, Charpentier N, Labelle J. From evidence to community practice in work rehabilitation : The Quebec experience. *Clinical Journal of Pain* 2003; 19: 105-113.
53. Durand MJ, Loisel P, Charpentier N, Labelle J, Hong QN. Le programme de Retour Thérapeutique au Travail (RTT): Un programme de réadaptation au travail basé sur les données probantes. Longueuil: Centre de recherche clinique en réadaptation au travail PRÉVICAP de l'Hôpital Charles-LeMoine, pp. 81, 2004.
54. Durand MJ, Vachon B, Loisel P, Berthelette D. Constructing the program impact theory for an evidence-based work rehabilitation program for workers with low back pain. *Work: a Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation* 2003; 21: 233-42.

55. Durand MJ, Loisel P. La transformation de la réadaptation au travail d'une perspective parcellaire à une perspective systémique. *PISTES* 2001; 3.
56. Loisel P, Durand P, Abenhaim L, Gosselin L, Simard R, Turcotte J, Esdaile JM. Management of occupational back pain: the Sherbrooke model. Results of a pilot and feasibility study. *Occupational and Environmental Medicine* 1994; 51: 597-602.
57. Loisel P, Abenhaim L, Durand P, Esdaile JM, Suissa S, Gosselin L, Simard R, Turcotte J, Lemaire J. A population-based, randomized clinical trial on back pain management. *Spine* 1997; 22: 2911-8.
58. Loisel P, Lemaire J, Poitras S, Durand MJ, Champagne F, Stock S, Diallo B, Tremblay C. Cost-benefit and cost-effectiveness analysis of a disability prevention model for back pain management: a six year follow up study. *Occup Environ Med* 2002; 59: 807-15.
59. Durand MJ, Loisel P, Hong Q, Charpentier N. Helping clinicians in Work Disability Prevention: The Work Disability Diagnosis Interview. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2002; 12: 191-204.
60. Durand MJ, Loisel P. Therapeutic Return to Work: Rehabilitation in the workplace. *Work* 2001; 17: 57-63.
61. Durand MJ, Loisel P, Durand P. Le retour thérapeutique au travail comme une intervention de réadaptation centralisée dans le milieu de travail: description et fondements théoriques. *La revue canadienne d'ergothérapie* 1998; 65: 72-80.
62. Roland M, Morris R. A study of the natural history of back pain. Development of a reliable and sensitive measure of disability in low back pain. *Spine* 1983; 8: 141-4.
63. Stock S, Loisel P, Durand M-J, Streiner D, Tugwell P, Reardon R, Lemaire J, Boucher M, Darzins S, Dilworth P, Gaudreault N. IDVQ: l'indice d'impact de la douleur au cou et aux membres supérieurs sur la vie quotidienne. Montréal: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité au travail, pp. 1-64, 2003.
64. Miller RP, Kori SH, Todd DD. The Tampa Scale: Unpublished report, Tampa, FL., 1991.
65. Illfeld F. Methodological issue in relating psychiatric symptoms to social stressors. *Psychological Reports* 1976; 39: 1251-8.
66. Turk DC, Melzack R. Handbook of pain assessment: New York: The Guilford Press, p. 1759-63, 1992.

67. Coste J, Le Parc JM, Berge E, Delecoeuillerie G, Paolaggi JB. Validation française d'une échelle d'incapacité fonctionnelle pour l'évaluation des lombalgies (EIFEL). *Revue du Rhumatisme. Édition Française* 1993; 60: 335-341.
68. Deyo RA, Battie M, Beurskens AJ, Bombardier C, Croft P, Koes B, Malmivaara A, Roland M, Von Korff M, Waddell G. Outcome measures for low back pain research. A proposal for standardized use.[erratum appears in *Spine* 1999 Feb 15;24(4):418]. *Spine* 1998; 23: 2003-13.
69. French DJ, Roach P, Mayes S. Peur du mouvement chez les accidentés du travail: l'Échelle de Kinésiophobie de Tampa (EKT). *Revue canadienne des sciences du comportement* 2002; 34: 28-33.
70. Jensen MP, Karoly P, Braver S. The measurement of clinical pain intensity: A comparaison of six methods. *Pain* 1986; 27: 117-126.
71. Jensen MP, Karoly P, O'Riordan EF, Bland FJ, Burns RS. The subjective Experience of acute pain: An assement of the utilty of 10 indices. *Clinical Journal of Pain* 1989; 5: 153-159.
72. Prévillle M, Boyer R, Potvin L. La détresse psychologique: détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'Enquête Santé Québec. Québec: Santé Québec, 1992.
73. Prévillle M, Potvin L, Boyer R, Boulerice B. Relationship between physical health status and responses to a psychological distress measure. *Canadian Journal on Aging* 2000; 19: 363-379.
74. Stratford PW, Binkley J, Solomon P, Gill C, Finch E. Assessing change over time in patients with low back pain. *Physical Therapy* 1994; 74: 528-33.
75. van Tulder MW, Koes BW, Bouter LM. A Cost-of-Illness Study of Back Pain in the Netherlands. *Pain* 1995; 62: 233-240.
76. Durand MJ. Étude des effets du Retour Thérapeutique au Travail chez des travailleurs absents du travail suite à une lésion professionnelle au dos. Thèse de doctorat, Université de Sherbrooke, 1996.
77. Kirkwood BR, Sterne JA. *Medical Statistics*. 2nd ed. Massachusetts: Blackwell Sciences Ltd, 2003.
78. Norman GR, Streiner D. *PDQ statistics*. 3rd ed. Hamilton: DC Decker, 2003.

79. Sun GW, Shook TL, Kay GL. Inappropriate use of bivariable analysis to screen risk factors for use in multivariable analysis. *Journal of Clinical Epidemiology* 1996; 49: 907-16.
80. Burton AK. How to prevent low back pain. *Best Practice & Research in Clinical Rheumatology* 2005; 19: 541-55.
81. Linton SJ, Hallden K. Can We Screen For Problematic Back Pain - a Screening Questionnaire For Predicting Outcome in Acute and Subacute Back Pain. *Clinical Journal of Pain* 1998; 14: 209-215.
82. Leclaire R, Blier F, Fortin L, Proulx R. A cross-sectional study comparing the Oswestry and Roland-Morris Functional Disability scales in two populations of patients with low back pain of different levels of severity. *Spine* 1997; 22: 68-71.
83. Reneman MF, Jorritsma W, Schellekens JM, Goeken LN. Concurrent validity of questionnaire and performance-based disability measurements in patients with chronic nonspecific low back pain. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2002; 12: 119-29.
84. Roland M, Fairbank J. The Roland-Morris Disability Questionnaire and the Oswestry Disability Questionnaire. *Spine* 2000; 25: 3115-24.
85. Boyer R, Preville M, Legare G, Valois P. Psychological distress in a noninstitutionalized population of Quebec: normative results of the Quebec health survey. *Canadian Journal of Psychiatry* 1993; 38: 339-43.
86. Macfarlane GJ, Thomas E, Croft PR, Papageorgiou AC, Jayson MI, Silman AJ. Predictors of early improvement in low back pain amongst consultants to general practice: the influence of pre-morbid and episode-related factors. *Pain* 1999; 80: 113-9.
87. Franche RL, Cullen K, Clarke J, Irvin E, Sinclair S, Frank J. Workplace-based return-to-work interventions: a systematic review of the quantitative literature. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2005; 15: 607-31.
88. Durand MJ, Vezina N, Loisel P, Baril R, Richard MC, Diallo B. Workplace interventions for workers with musculoskeletal disabilities: a descriptive review of content. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2007; 17: 123-36.
89. Loisel P, Durand M-J, Baril R, Langley A, Falardeau M. Décider pour faciliter le retour au travail; étude exploratoire sur les dimension de la prise de décision dans une équipe interdisciplinaire de réadaptation au travail. Montréal: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité au travail, pp. 1-48, 2004.

90. Baril R, Martin J-C, Massicotte P, Lapointe C. Étude exploratoire des processus de réinsertion sociale et professionnelle des travailleurs en réadaptation.: Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec, pp. 1-413, 1994.
91. Hlobil H, Staal JB, Twisk J, Koke A, Ariens G, Smid T, van Mechelen W. The effects of a graded activity intervention for low back pain in occupational health on sick leave, functional status and pain: 12-month results of a randomized controlled trial. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2005; 15: 569-80.
92. Staal JB, Hlobil H, van Tulder MW, Waddell G, Burton AK, Koes BW, van Mechelen W. Occupational health guidelines for the management of low back pain: an international comparison. *Occup Environ Med* 2003; 60: 618-26.
93. Gallagher RM, Rauh V, Haugh LD, Milhous R, Callas PW, Langelier R, McClallen JM, Frymoyer J. Determinants of return-to-work among low back pain patients. *Pain* 1989; 39: 55-67.
94. Turk DC, Okifuji A. Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 2002; 70: 678-90.
95. Linton SJ, Gross D, Schultz IZ, Main C, Cote P, Pransky G, Johnson W. Prognosis and the identification of workers risking disability: research issues and directions for future research. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2005; 15: 459-74.
96. Durand MJ, Berthelette D, Loisel P, Beaudet J, Imbeau D. Évaluation de l'implantation de la théorie d'un programme de collaboration précoce en réadaptation au travail auprès des travailleurs de la construction ayant une dorso-lombalgie. *IRSST*, pp. 88, 2007.
97. Lackner JM, Carosella AM. The relative influence of perceived pain control, anxiety, and functional self efficacy on spinal function among patients with chronic low back pain. *Spine* 1999; 24: 2254-60; discussion 2260-1.
98. Battaglini A, Désy M, Dorval D, Poirier LR, Fournier M, Camirand H, Fecteau D. L'intervention de première ligne auprès des personnes immigrantes: Estimé des ressources nécessaires pour une intervention adéquate. In: publique S, ed. Québec, Montréal: Agence de développement de réseaux locaux, de services santé et de services sociaux, 2005.

CHAPITRE 5: DISCUSSION

Ce mémoire étant présenté par article, une discussion distincte a été incluse à l'intérieur de l'article présenté au chapitre précédent. Les principaux éléments de la discussion seront toutefois repris dans ce chapitre.

5.1 CONTEXTE DE L'ÉTUDE

Cette étude portait sur les facteurs prédictifs et obstacles du retour au travail de personnes en incapacité de travail prolongée qui avaient participé à un programme de réadaptation au travail. La recension des écrits a permis de constater que la connaissance des facteurs associés à la phase chronique se révèle très limitée contrairement à celle des facteurs pendant les phases aiguë et subaiguë. En phase chronique, il n'a été répertorié que quelques études. Les unes ont analysé spécifiquement les facteurs prédictifs et obstacles pendant cette phase, mais sans égard au traitement reçus (ou non reçus) par les participants (Brox et al., 2005; Schultz et al., 2004; van der Giezen et al., 2000). Les autres se sont intéressées plus particulièrement à l'efficacité des programmes de réadaptation en phase chronique mais en ne considérant qu'un nombre limité de facteurs prédictifs et d'obstacles (rarement plus de trois) (Bendix et al., 1998a; Cutler et al., 2003; Gatchel et al., 2005; Sullivan et al., 2005; Walsh & Radcliffe, 2002). En fait, cette recension n'a permis d'identifier aucune étude qui a considéré les facteurs prédictifs et obstacles dans un contexte comparable à celui de cette étude, c'est-à-dire en incluant la majorité des facteurs de la littérature associés à l'incapacité de travail prolongée, chez

une population composée exclusivement de personnes hors travail depuis plus de trois mois et admises au même programme de réadaptation au travail. Ces éléments du contexte de la présente étude expliquent la difficulté de comparer les résultats de la présente étude avec ceux de la littérature. Néanmoins, l'analyse des résultats de cette étude permet tout de même de préciser quelques éléments convergents avec les études en phase chronique. Toutefois, advenant qu'aucun comparable ne soit disponible dans la littérature en phase chronique, la comparaison des résultats se fera avec ceux des études en phases aiguë et subaiguë. Pour présenter les résultats, il convient d'abord de revenir aux objectifs de la présente étude pour ensuite discuter d'une part, des éléments convergents, et d'autre part, des particularités de ces résultats.

5.2 PRÉSENCE DES FACTEURS PRÉDICTIFS ET OBSTACLES PENDANT LA PHASE CHRONIQUE

Le premier objectif de l'étude était d'identifier les facteurs prédictifs et obstacles du retour au travail présents chez des personnes en incapacité de travail prolongée (phase chronique) qui ont été admises à un programme interdisciplinaire de réadaptation au travail. Les distributions de fréquences des facteurs de l'étude se sont situées entre 7% et 93% de présence du facteur. De ces résultats, il est observé, qu'à l'exception du premier facteur clinique, les facteurs qui sont présents chez plus de 50 % des participants sont principalement des facteurs occupationnels et psychosociaux. Par exemple, la perception que *les exigences du travail sont trop élevées par rapport aux capacités* a été observée chez 96,4% des participants, la présence de *postures contraignantes au travail* chez 84,6%, la présence de *crainces élevées d'aggravation en cas d'éventuelle réactivation*

chez 86,4% et le *peu de gestion active de la douleur* chez 85,1% d'entre eux. Parallèlement, la fréquence des facteurs des autres classes est généralement moindre. En effet, outre la présence de *méconnaissance du travailleur du pronostic de récupération* (présent à 91,4%), le plus fréquent des facteurs cliniques a été *l'absence d'antécédents TMS/ arrêt de travail* présent chez 65,8% de la population de l'étude. Le facteur sociodémographique le plus fréquent a été *le mode de vie sédentaire*, présent chez 51,3% des participants. Finalement, le facteur lié aux soins de santé le plus fréquent a été la *perception d'un échec thérapeutique en fonction des soins reçus* qui a été observé chez 40,8% des participants de l'étude. Ces observations vont dans le même sens que celles rapportées par plusieurs auteurs qui soulignent la prépondérance des facteurs psychosociaux et occupationnels pendant la phase chronique (Burton, 2005; Dasinger et al., 2000; Davis & Heaney, 2000; Dionne et al., 2004; Frank et al., 1996b; Krause et al., 2001b; Linton & Hallden, 1998; MacKenzie et al., 1998; Waddell et al., 2003).

Les caractéristiques de l'échantillon par rapport aux populations décrites en phase chronique dans la littérature sont semblables sur plusieurs indicateurs de santé, sauf pour le retour au travail. En effet, il n'y a pas de différence concernant les résultats aux questionnaires auto-administrés lorsque ceux-ci sont utilisés avec des populations similaires en termes d'âge et de temps d'arrêt de travail (Boyer et al., 1993; French et al., 2002; Leclaire et al., 1997; Reneman et al., 2002; Roland & Fairbank, 2000; Stock et al., 2003). Plus précisément, la population à l'étude apparaît comparable aux populations absentes du travail depuis plus douze semaines, qui présentent de la *douleur persistante* d'origine musculosquelettique d'intensité modérée, une *perception d'incapacité*

importante, un niveau de *kinésiophobie* élevé et une *détresse psychologique* sévère. Deux différences importantes sont toutefois observées en ce qui concerne le taux de retour au travail de la population de cette étude par rapport à la littérature en phase chronique. D'abord, le taux global de retour au travail suite à une participation à un programme de réadaptation en phase chronique est plus élevé dans cette étude (73 %) que celui estimé (environ 50%) par la revue de Frank et al (1996a). Ensuite, les résultats de cette étude ont illustré une différence très hautement significative entre les hommes et les femmes concernant le taux de retour au travail (82,4% contre 66,45%; χ^2 de 14,59; $p \leq 0,001$). Aucun comparable dans la littérature en phase chronique concernant les différences du taux de retour au travail entre les hommes et les femmes n'a été répertorié. Les résultats de cette étude divergent toutefois de ceux rapportés dans la littérature en phase aiguë et subaiguë où il est généralement observé une plus grande proportion d'hommes retournant au travail après un TMS (Abenhaim et al., 1995; Crook et al., 2002; Dionne et al., 2004; Gatchel et al., 1995b; McIntosh et al., 2000b; Oleinick et al., 1996). Il peut ainsi être présumé que pendant la phase chronique, la relation entre le *genre* des participants et le *statut de travail* est différente que dans les autres phases. Cette hypothèse reste toutefois à être vérifiée.

5.3 ASSOCIATIONS ENTRE LES FACTEURS PRÉDICTIFS OU LES OBSTACLES ET LE STATUT DE TRAVAIL

Le deuxième objectif de l'étude était d'explorer la présence d'associations entre les facteurs prédictifs, les obstacles et le statut de travail chez des personnes en incapacité de travail prolongée qui avaient été admises à un programme interdisciplinaire de

réadaptation au travail. La différence très hautement significative entre les hommes et les femmes concernant le taux de retour au travail a conduit à la construction de trois modèles de régression logistique, soit un modèle pour la population générale, un modèle pour les hommes et un modèle pour les femmes. Ces modèles ont ainsi démontré que la plupart des facteurs prédictifs et obstacles associés au statut de travail dans cette étude sont très différents chez les hommes et chez les femmes. Dans la littérature, peu d'études ont présenté des résultats stratifiés en fonction du *genre* (Dionne et al., 2004). Ces résultats vont toutefois dans le même sens que ceux de l'étude de Dionne et al. (2004) qui avaient également observé des différences importantes entre les hommes et les femmes concernant les déterminants du retour au travail en bonne santé pendant la phase subaiguë. Les trois modèles de régression logistique générés par cette étude ont aussi permis de constater que le statut de travail était majoritairement prédit par des facteurs psychosociaux et occupationnels. Encore une fois, cette observation est convergente avec les résultats des études de prédiction et d'efficacité de traitement qui ont observé l'association prédominante des facteurs psychosociaux et occupationnels avec l'incapacité de travail pendant la phase chronique (Brox et al., 2005; Schultz et al., 2004; Sullivan et al., 2005; van der Giezen et al., 2000; van der Hulst et al., 2005; Walsh & Radcliffe, 2002). Dans les prochaines sections, chacun des facteurs associés au statut de travail dans cette étude sera discuté selon la classification décrite dans les chapitres précédents. Les différences entre les hommes et les femmes seront également soulignées dans chacune de ces sections.

Facteurs sociodémographiques

Aucun facteur sociodémographique n'a été associé au *statut de travail* dans les trois modèles de cette étude. Dans la littérature en phase chronique, les seuls facteurs sociodémographiques associés à l'incapacité de travail prolongée sont l'âge (Bendix et al., 1998a; van der Giezen et al., 2000) et le rôle de pourvoyeur (van der Giezen et al., 2000).

Facteurs cliniques

Dans la présente étude, *l'absence d'antécédents musculosquelettiques ayant engendré une absence prolongée du travail* a été associée favorablement au *statut de travail* chez les hommes. Ce résultat converge avec ceux de plusieurs études en phases aiguë et subaiguë qui ont aussi observé une évolution plus favorable en l'absence d'antécédents musculosquelettiques (Dasinger et al., 2000; Dionne et al., 2004; Eriksen et al., 2003; Lancourt & Kettelhut, 1992; Linton & Hallden, 1998; Macfarlane et al., 1999; McIntosh et al., 2000a).

Le modèle général et celui des hommes suggèrent aussi une association favorable entre le statut de travail et la présence *d'étiquetage diagnostique*. Le sens de cette relation ne converge pas avec les résultats des études en phase aiguë et subaiguë (Abenhaim et al., 1995; Infante-Rivard & Lortie, 1996). En effet, l'étude de Abenhaim et al. (1995) avaient observé que la réception d'un diagnostic spécifique donnée par un médecin à l'intérieur de sept jours suivant le début du problème de santé augmentait significativement le risque d'incapacité de travail prolongée. Les temps de mesures différents et la nature de

l'intervention entre l'étude d'Abenhaim et al. (1995), celle de Infante-Rivard & Lortie (1996) et la présente étude limitent toutefois la comparaison. Cette divergence pourrait s'expliquer par l'impact du traitement et des enseignements reçus par les participants de cette étude qui permettrait de recadrer la répercussion de la présence *d'étiquetage diagnostique* chez l'individu et de limiter son l'impact négatif sur le statut de travail.

Facteurs psychosociaux

Cinq facteurs psychosociaux ont été associés au statut de travail dans l'un ou l'autre des trois modèles. Deux d'entre eux mesurent des concepts apparentés : la mesure de *perception d'incapacité* et la présence d'une *perception d'une lésion grave ou d'une incapacité importante* ont été associés défavorablement au statut de travail chez les hommes. Ainsi, plus les hommes se *perçoivent avec une incapacité physique importante*, ou avec une *lésion grave*, moins ils ont de chance de retourner au travail. Le sens de l'association de ces facteurs dans la présente étude est convergent avec celui de la littérature en phase chronique (Brox et al., 2005; Schultz et al., 2004; Sullivan et al., 2005; Walsh & Radcliffe, 2002). Trois autres facteurs psychosociaux ont été associés favorablement au statut de travail chez les femmes. D'abord il y a le niveau de *détresse psychologique* des femmes où un niveau élevé a été associé à une plus grande probabilité de retour au travail. Dans la littérature en phase chronique, seule l'étude de Brox et al. (2005) avait considéré ce facteur et avait alors observé une augmentation significative du niveau de détresse psychologique entre le groupe en subaigüe et celui en chronique. Néanmoins, les analyses descriptives de l'étude de Brox et al. (2005) ne permettent pas de savoir si l'augmentation de la détresse psychologique était associée au statut de

travail. Toutefois, dans la littérature en phase aigüe et subaigüe et contrairement à cette étude, un niveau élevé de *détresse psychologique* est généralement associé défavorablement au statut de travail (Lancourt & Kettelhut, 1992; Linton & Hallden, 1998; Truchon & Fillion, 2000; Waddell et al., 2003). Ces dernières études cependant n'apparaissent pas avoir tenu compte des traitements reçus dans leurs résultats. À l'opposé, dans l'étude de Coutu et al. (2005), le niveau de détresse mesuré avant et après le programme Prévicap pour des personnes en phase chronique était toujours élevé mais avait été modifié favorablement par l'intervention. Ce dernier résultat va donc dans le même sens que celui de la présente étude et appuie l'hypothèse de l'impact possible du programme d'intervention. Ensuite, également chez les femmes, la présence de *craintes élevées d'une aggravation/ de rechute* a aussi été associé favorablement au statut de travail. Ce résultat est divergent de celui de l'étude de Sullivan et al. (2005) qui avait observé que des scores élevés de peurs et craintes face à l'activité « travail » avant l'intervention étaient associés à une moins grande probabilité de retour au travail après celle-ci. Enfin, il a été observé dans cette étude que les femmes retournaient plus au travail en présence d'un *événement significatif d'ordre personnel récent*. Ce résultat n'est pas appuyé par la littérature en phase chronique et diverge de ceux des études en phase aigüe et subaigüe qui avaient observé une association défavorable avec le statut de travail en présence de ce facteur (Lancourt & Kettelhut, 1992; Linton & Hallden, 1998; Waddell et al., 2003). En résumé dans notre étude, la présence de ces trois facteurs chez les femmes signifierait qu'elles ont une plus grande probabilité de retourner au travail. Encore une fois, l'hypothèse sous-jacente à ces résultats concerne l'impact possible du programme d'intervention. Également, la présence d'associations favorables au statut de

travail des facteurs psychosociaux seulement chez les femmes conduit une fois de plus à questionner la relation entre la nature des interventions reçues et le *genre* des participants. Cette possible relation reste toutefois à être démontrée.

Facteurs occupationnels

Dans la présente étude, huit facteurs occupationnels ont été associés au statut de travail dans l'un ou l'autre des trois modèles. D'abord, quatre d'entre eux : *l'absence de travaux légers disponibles* invoqué par l'employeur avant le programme, la présence *d'équipements de travail jugés inadéquats*, la présence *de postures contraignantes au travail* et la présence *de statisme prolongé de la posture de travail* ont tous été associés favorablement au statut de travail dans l'un ou l'autre des trois modèles. Dans la littérature, la définition opérationnelle de ces facteurs varie beaucoup. Néanmoins, il s'en dégage que l'absence de travaux légers disponibles et les demandes physiques élevées des tâches de travail, tant au niveau de la charge de travail que du rythme de travail, sont généralement considérés comme des obstacles au retour au travail pendant les phases aigüe et subaigüe (Dasinger et al., 2000; Franche et al., 2005; Fransen et al., 2002; Gatchel et al., 1995a; Krause et al., 2001a; MacKenzie et al., 1998; van der Weide et al., 1999; Waddell et al., 2003). Ainsi, le sens de l'association de ces facteurs dans la présente étude est étonnant. Une fois de plus, l'association favorable de ces facteurs au statut de travail suggère l'impact positif de l'intervention, notamment en ce qui concerne la composante d'intervention en milieu de travail (RTT) du programme PRÉVICAP qui favoriserait entre autres une modification des représentations du travailleur concernant les

exigences de son emploi et la réduction des contraintes environnementales (Durand et al., 2007b).

En poursuivant avec les facteurs occupationnels, les résultats de l'étude démontrent qu'une plus grande *durée d'arrêt de travail* avant le programme serait favorable au statut de travail chez les hommes. Bien que le rapport de cote de ce facteur soit plutôt faible (1,067; $p \leq 0,01$), ce résultat ne converge pas avec la littérature. En effet, une longue absence du travail est généralement considérée comme un facteur prédictif puissant de l'incapacité de travail prolongée (Infante-Rivard & Lortie, 1996; Lancourt & Kettelhut, 1992; Linton & Hallden, 1998; Spitzer et al., 1987; van Tulder et al., 1995; Waddell et al., 2003). Ce résultat peut s'expliquer par l'identification en début de programme des sujets à haut risque d'incapacité de travail prolongée qui mobiliserait plus particulièrement les intervenants et favoriserait par la suite le retour au travail de ces sujets.

Finalement, trois autres facteurs occupationnels ont été associés défavorablement au statut de travail dans cette étude. D'abord la présence d'une *ancienneté récente chez l'employeur* a été considérée dans cette étude comme étant un facteur prédictif du non-retour au travail chez les hommes et dans le modèle général. Ce résultat est convergent avec celui des études en phase aigüe et subaigüe de Dasinger et al. (2000), de Infante-Rivard et al. (1996), de Mackenzie et al. (1998) et de Lancourt et Kettelhut (1992) et de Dionne et al. (2004). Puis, la présence de *tentative de retour au travail interrompu en raison de douleur* a été associée défavorablement au statut de travail chez les femmes. Ce résultat est convergent avec celui de l'étude de Loisel et al. (2004). Également, chez

les femmes, la présence de *projection au travail* a été associée défavorablement au statut de travail. Ce résultat ne converge pas avec ceux des études en phase aiguë et subaiguë qui observent généralement association favorable avec le statut de travail en présence de ce facteur (Lancourt & Kettelhut, 1992; Linton & Hallden, 1998; Waddell et al., 2003). Ce résultat demeure difficile à expliquer. L'une des explications possibles serait que dans un contexte d'indemnisation et après une absence prolongée au travail, l'évaluation de ce facteur pourrait avoir été influencée par la désirabilité sociale. Ce qui soulève la validité d'interroger les participants sur ce facteur après une longue absence au travail.

Facteurs liés aux soins de santé

En dernier lieu, deux facteurs liés aux soins de santé ont été associés au statut de travail dans cette étude. D'abord, la présence de *perception d'un échec thérapeutique en fonction des interventions reçues* a été associée défavorablement au statut de travail dans les trois modèles (OR de 0,044 à 0,326; $p \leq 0,01$). Dionne (2004) a observé pendant la phase subaiguë une association similaire chez les femmes concernant la satisfaction des services de santé reçus. Ce résultat va également dans le sens de l'étude de Baril et al. (1994) qui mentionnent qu'en phase chronique, les patients ont des représentations de leurs problèmes de santé parfois difficilement modifiables. Également, une plus longue *durée du programme PRÉVICAP* a été associée favorablement au statut de travail chez les hommes et dans le modèle général. Une association similaire a aussi été observée par Hlobil et al. (2005b). Ces résultats supposeraient que la *durée du programme* joue un rôle sur le statut de travail en laissant plus de temps pour agir sur les différents obstacles du

retour au travail. À l'opposé, ceux qui abandonnent ou terminent précocement le programme seraient défavorisés en regard du statut de travail.

Constats généraux : association entre les facteurs et le statut de travail

Seulement le quart des facteurs prédictifs et obstacles associés au statut de travail dans la présente étude avait aussi été associé dans les écrits à l'incapacité de travail pendant la phase chronique. Ces facteurs sont essentiellement des facteurs psychosociaux, soit la *perception d'incapacité*, la *perception d'une lésion grave ou d'incapacité importante* et les *craintes élevées d'aggravation de rechute*. Les autres facteurs associés au statut de travail dans cette étude avaient été documentés dans la littérature seulement pendant les phases aiguë et subaiguë. Cette situation s'explique notamment en raison de la structure de l'OISHT, qui rappelons-le comprend essentiellement des facteurs de la littérature associés à l'incapacité de travail prolongée pendant les phases aiguë et subaiguë. Le Tableau 10 classe les facteurs étudiés par la présente étude selon les phases dans lesquelles ils ont été originalement étudiés dans la littérature. De plus, ils sont classés en deux catégories : convergent ou divergent. Ils sont dits convergents s'ils vont dans le même sens que les associations décrites dans les études ou bien à l'opposé divergents, si l'association va dans le sens inverse.

Ce tableau permet ainsi d'observer que beaucoup de facteurs associés au statut de travail dans cette étude n'ont pu être comparé qu'avec la littérature en phases aiguë et subaiguë et que pour plusieurs d'entre eux, le sens de l'association ne converge pas avec la littérature.

TABLEAU 10: SYNTHÈSE DES FACTEURS ÉTUDIÉS EN FONCTION DE LA LITTÉRATURE DISPONIBLE

POPULATION ÉTUDIÉE À L'ORIGINE	SENS DE L'ASSOCIATION AVEC LE STATUT DE TRAVAIL :	
	CONVERGENT*	DIVERGENT**
PHASES AIGÛE ET SUBAIGÛE	C : Absence d'antécédents TMS /arrêt de travail (H) ^{4, 5,6,13,14,15,17} O : Ancienneté (G/ H) ^{4,5,11,13,16} O : Travail intermittent en raison de douleur (F) (ajout MJD??) SS : Perception d'un échec thérapeutique (G/ H/ F) ⁵ SS : Durée programme (G/ H) ¹⁰	C : Étiquetage diagnostique (G/ H) ^{1,11} P : Événement personnel (F) ^{13,14,24} P : Détresse psychologique (F) ^{2,13,14,24} O : Projection face au retour au travail (F) ^{13,14,24} O : Absences de travaux légers disponibles (G/ H) ^{3,7,8,13} O : Équipements de travail jugés inadéquats (F) ⁵ O : Postures contraignantes au travail (G) ^{4,8,9,12,16,23,30} O : Statisme prolongé de la posture de travail (G) ^{4,8,9,12,16,23,30} O : Durée d'arrêt de travail (H) ^{11,13,14,20,22,24}
PHASE CHRONIQUE	P : perception d'incapacité (G / H) ^{2,19,25} P : Perception lésion grave ou incapacité importante (H) ²¹	P : Craintes élevées d'aggravation/ rechute (G / F) ²¹

¹Abeihaim et al., 1995; ²Brox et al., 2005; ³Crook et al., 2002; ⁴Dasinger et al., 2000; ⁵Dionne et al., 2004; ⁶Eriksen et al., 2003; ⁷Franché et al.; ⁸Fransen et al., 2002; ⁹Gatchel et al., 1995b; ¹⁰Hlobil et al., 2005b; ¹¹Infant-Rivard et al., 1996; ¹²Krause et al., 2001a; ¹³Lancourt & Kettelhut, 1992; ¹⁴Linton & Hallden, 1998; ¹⁵Macfarlane et al., 1999; ¹⁶Mackenzie et al., 1998; ¹⁷McIntosh et al., 2000a; ¹⁸Oleinick et al., 1996; ¹⁹Shultz et al. 2004; ²⁰Spitzer et al., 1987; ²¹Sullivan et al., 2005; ²²van Tulder et al., 1995; ²³van der Weide et al., 1999; ²⁴Waddell et al., 2003; ²⁵Walsh & Radcliffe, 2002

S : facteur sociodémographique; **C** : facteur clinique; **P** : facteurs psychosociaux;
O : facteur occupationnel; **SS** : facteur lié aux soins de santé

G/H/F : Facteurs associés au statut de travail dans : le **modèle général (G)** et/ou le **modèle des hommes (H)** et/ou le **modèle des femmes (F)**

Convergent* : signifie que le sens de l'association du facteur pour la présente étude va dans le même sens que le sens de l'association de ce même facteur dans la littérature.

Divergent** : signifie que le sens de l'association du facteur pour la présente étude va dans le sens opposé au sens de l'association de ce même facteur dans la littérature.

En effet, les résultats de cette étude révèlent qu'en phase chronique, les associations avec le statut de travail de plusieurs facteurs semblent changer de sens lorsqu'elles sont combinées avec la participation à un programme de réadaptation. Plus précisément, cela signifie que la présence de ces facteurs chez les participants de cette étude serait favorable au statut de travail. À l'opposé, dans la littérature en phases aiguë et subaiguë, la présence de ces mêmes facteurs est généralement considérée comme une entrave au retour au travail. De façon plus spécifique, dans le modèle des femmes, les facteurs dont le sens est inversé appartiennent principalement à la classe des facteurs psychosociaux. Dans le modèle général et dans celui des hommes, ils appartiennent surtout aux classes de facteurs cliniques et occupationnels. Ces résultats ne peuvent cependant être comparé directement avec la littérature, puisque la majorité des études de facteurs n'a pas tenu compte des interventions reçues (ou non reçues) par leurs participants. Pour cette étude toutefois, les participants avaient tous bénéficié d'un programme d'intervention qui a été démontré efficace (Durand et al., 2007a; Durand & Loisel, 2001b; Loisel et al., 1997; Loisel et al., 1994). Parallèlement à cela, la plupart des études des programmes de réadaptation ont examiné l'effet du programme en relation avec un nombre limité de facteurs (rarement plus de trois simultanément) (van der Hulst et al., 2005), alors que cette étude en a analysé soixante-cinq (65). Ces divergences peuvent toutefois s'expliquer par d'autres différences méthodologiques, notamment par le fait que pour plusieurs des comparaisons formulées, les facteurs n'ont pas toujours été mesurés dans la même phase. Ces comparaisons reposent donc sur l'hypothèse que les facteurs sont sensiblement les mêmes entre les phases. Cette hypothèse n'est toutefois qu'intuitive et ne tient pas compte des différences fondamentales entre les phases, particulièrement en ce qui

concerne la probabilité de retour au travail qui est d'environ 90% pendant les phases aiguë et subaiguë, contrairement à 10% pour la phase chronique. Néanmoins, les comparaisons ne sont possibles qu'avec cette littérature, ce qui restreint sensiblement les possibilités d'interprétation et de généralisation des résultats aux autres études.

Les résultats de cette étude ont alors conduit à considérer l'impact du programme d'intervention sur le statut de travail et formuler l'hypothèse que l'identification des facteurs prédictifs et obstacles à l'entrée du programme permettrait de mieux cibler le choix des interventions pendant le programme. Une intervention plus ciblée vers les facteurs prédictifs et obstacles spécifiques au retour au travail de chaque participant aurait ainsi plus de chance de modifier favorablement leur influence sur le statut de travail et vraisemblablement favoriser le retour au travail des participants au congé du programme. Cette interprétation des résultats suggère l'utilité d'un dépistage précoce des facteurs prédictifs et obstacles du retour au travail des personnes en incapacité de travail prolongée pour ensuite mieux agir sur la problématique. En fait, plusieurs auteurs ont fondé par ce mécanisme le besoin de dépister les facteurs pendant la phase chronique (Frank et al., 1996a; Gallagher et al., 1989; Gatchel et al., 1995b; Marhold et al., 2002; Staal et al., 2003; Waddell et al., 2003). Mais à notre connaissance, ce mécanisme n'avait pas encore été illustré aussi explicitement que par les résultats de cette étude. À cet effet, Tuck & Okifuji (2002) soulignent que l'identification pure et simple des facteurs prédictifs est insuffisante. Selon eux, la prochaine étape doit être de déterminer si la connaissance des facteurs peut guider l'intervention et le développement de stratégies pour contrer l'incapacité de travail prolongée. Cette étude s'inscrit donc dans l'étape

proposée par ces auteurs et fait le lien entre le dépistage des facteurs et le statut de travail.

De façon plus poussée, ces résultats mènent ensuite à considérer l'efficacité des composantes du programme PRÉVICAP (interventions en milieu de travail, interventions psychosociales). L'analyse des composantes du programme consiste essentiellement à ouvrir la « boîte noire » de celui-ci et tenter de comprendre les mécanismes qui y sont sous-jacents. Il demeure à ce jour encore difficile d'attribuer l'amélioration d'un facteur à une composante spécifique du programme d'intervention. Une étude récente sur le programme PRÉVICAP a permis de mettre en lumière certains mécanismes généraux, à savoir, que l'exposition graduelle au travail (RTT), l'action concertée entre les différents partenaires (clinique, du milieu de travail et du représentant de l'assureur) ainsi que la réduction des contraintes environnementales sont des éléments clés du retour au travail des participants au programme (Durand et al., 2007a). En fonction des résultats de la présente étude et en considération que la plupart des facteurs associés favorablement au statut de travail étaient de nature occupationnelle, il apparaît vraisemblable que les composantes du programme orientées vers l'intégration en milieu de travail et l'action concertée des partenaires aient pu favoriser le statut de travail des participants de l'étude. De la même façon, les composantes du programme orientées vers la résolution des impacts psychosociaux de l'incapacité de travail ont pu moduler eux aussi certains des facteurs psychosociaux de cette étude associés favorablement avec le statut de travail.

Cette interprétation des résultats concernant les facteurs qui ont été associés favorablement au statut de travail mène à considérer également l'envers de la médaille, soit les facteurs qui ont été associés défavorablement au statut de travail. Il est ainsi possible, qu'en présence des facteurs associés défavorablement au statut de travail, que le programme de réadaptation n'ait pas agi aussi efficacement que souhaité. Les résultats de cette étude ne permettent toutefois pas d'établir spécifiquement le lien entre les composantes du programme possiblement moins efficaces et la présence de ces facteurs.

Dans un autre ordre d'idées, la capacité de prédiction du statut de travail des trois modèles de régression logistique a été vérifiée et se situe entre 71,8% et 85,7%. De façon plus spécifique, les pourcentages de prédiction démontrent aussi une excellente capacité de prédiction des participants qui retournent au travail (de 83,9% à 94,7%). Par contre, la capacité de prédiction des participants qui ne retournent pas au travail est beaucoup plus faible (de 36,7% à 50%). Ces résultats sont convergents avec l'étude de Shultz et al. (2004) et suggèrent certaines différences entre les deux groupes. D'abord, il est possible que les participants qui retournent au travail soient définis par des facteurs différents de ceux qui ne retournent pas au travail. De plus, les facteurs qui définissent les participants qui ne retournent pas au travail sont peut-être beaucoup moins fréquents dans la population. À ce propos, Waddell et al. (2003) mentionnent que certains facteurs peu présents dans la population ont une valeur prédictive puissante du non-retour au travail, comme être monoparental avec de jeunes enfants. Toutefois la faible fréquence de ces facteurs rend complexe leur appariement dans un modèle de prédiction. À cela, il est aussi possible que le nombre prédéfini de facteurs inclut dans cette étude ne témoigne pas

de l'ensemble des facteurs explicatifs jouant sur le non-retour au travail des participants. En somme, les résultats de cette étude apparaissent avoir très bien décrit le profil des participants du programme PRÉVICAP qui retournent au travail. Cependant, ils ne permettent pas d'inférer sur le portrait des participants qui ne retournent pas au travail au congé du programme. Ces résultats limitent ainsi l'élaboration de modèles de prédiction visant à départager entre les participants du programme qui présentent un potentiel de retour au travail versus ceux qui ont une moins grande probabilité de retourner au travail. Linton et al. (2005), dans leur étude portant sur les issues et les orientations futures de la recherche sur les facteurs prédictifs de l'incapacité de travail prolongée, vont dans le même sens que Wadell et al. (2003). Ils indiquent que l'étude des facteurs prédictifs visant l'élaboration de modèles de prédiction adaptés à l'ensemble de la population demeure difficile d'application et proposent une approche d'étude des facteurs prédictifs qu'ils nomment le «flagging model». Selon eux, cette approche vise principalement à faire ressortir les facteurs prédictifs et obstacles chez les personnes en incapacité de travail prolongée et à intervenir spécifiquement en fonction des facteurs présents. Cette dernière approche a ainsi l'avantage de pouvoir de tenir compte des réalités spécifiques des personnes atteintes et de leur environnement. Elle suppose toutefois que pour l'appliquer, l'intervenant connaisse bien les tenants et aboutissants de l'ensemble de la problématique de l'incapacité de travail prolongée. En fait, les résultats de cette étude supportent parfaitement cette perspective proposée par Linton et al. (2005) qui fait aussi partie intégrante de la base théorique du programme PRÉVICAP (Durand et al., 2003).

5.4 QUALITÉS DE L'ÉTUDE

5.4.1 Limites de l'étude

L'une des principales limites de cette étude est liée à l'utilisation d'une base de donnée rétrospective dont un nombre prédéfini de variables était disponible. Ainsi, en considération de la faible valeur prédictive des trois modèles de régression concernant les participants qui ne sont pas retournés au travail, il est possible que certains facteurs absents de la base de données ou des analyses aient eu un effet sur le statut de travail sans qu'il soit possible de documenter ou de pondérer cet effet.

D'abord, l'exclusion de certaines variables lors de l'analyse des données restreint la validité interne de l'étude. Entre autres, la mesure de l'intensité de la douleur n'a pu être analysé par la présente étude en raison d'une absence importante de données dans la base (14.4%). Or, dans la littérature, trois études en phase chronique ont observé une association entre l'intensité de la douleur et l'incapacité de travail (Bendix et al., 1998a; Cutler et al., 2003; van der Giezen et al., 2000). Quant à l'étude de Brox (2005), elle a observé une variation significative de l'intensité de la douleur entre les phases subaiguë et chronique. Le choix du retrait de l'analyse de la mesure de l'intensité de la douleur malgré son importance relative suggérée par la littérature a été pris en considération que d'autres facteurs inclus dans l'analyse tenaient compte de certains aspects liés au concept de l'intensité de la douleur. En effet, les facteurs comme la présence de *syndrome douloureux irradiant en bas du genou*, la présence de *tentatives de retour au travail interrompues en raison d'une augmentation du syndrome douloureux* et l'absence de *stratégies actives de gestion de la douleur* ont tous été inclus dans les analyses.

Il est possible aussi que certains facteurs liés au déroulement du programme aient influencé le statut de travail. Parmi les facteurs potentiels, il y a *l'action concertée entre les différents partenaires*. Ce facteur a en fait été identifié comme un déterminant du retour au travail dans l'étude de Durand et al. (2007a).

Également, cette étude ne peut prétendre avoir considéré l'intégralité des facteurs impliqués dans le développement de l'incapacité de travail prolongée en phase chronique. En effet, la liste des facteurs de cette étude est issue de la littérature précédant 2002 (Durand et al., 2002). Or, certaines publications récentes donnent un éclairage supplémentaire concernant d'autres facteurs liés à l'incapacité de travail prolongée. Les études futures devront ainsi considérer certains facteurs récemment étudiés qui ont été associés à l'incapacité de travail prolongée. Par exemple, la présence d'un *sentiment d'efficacité personnelle*, c'est-à-dire la confiance qu'une personne a en ses capacités pour réaliser ses tâches de travail. Ce facteur, peu étudié dans un contexte de TMS, a toutefois été identifié par certaines études récentes comme étant associé au statut de travail pendant la phase subaigüe (Dionne et al., 2004; Lackner & Carosella, 1999). Également, il pourrait être intéressant de mesurer certains facteurs relatifs aux *barrières culturelles*. À ce propos, il a été observé dans une étude exploratoire de la région métropolitaine, que la durée des programmes de réadaptation chez la clientèle immigrante était de 40 % plus longue (Battaglini et al., 2005).

Par ailleurs, les données disponibles dans la base de données n'ont pas permis de distinguer, ni de pondérer, entre ceux qui sont retournés au travail à temps plein et ceux

qui n'y sont retournés qu'à temps partiel. Il est ainsi possible que l'un ou l'autre de ces sous-groupes ait été associé à des facteurs différents.

Une autre limite concerne les choix méthodologiques de cette étude. En effet, pour cette étude, les personnes ayant participé au programme PRÉVICAP pour seulement une semaine ont été incluses dans les analyses au même titre que celles qui y ont participé pour une plus longue durée. Les raisons motivant la cessation du programme après seulement une semaine sont diverses et comprennent par exemple l'arrêt du programme parce que le participant ne croyait pas que ce traitement était indiqué, parce qu'une nouvelle condition médicale réclamait des investigations, ou encore, parce que la CSST considérait un autre traitement. Malgré tout, ce choix méthodologique a été pris en considération que l'entrevue initiale du programme (DSHT) constitue en soit une intervention qui est à même d'influencer favorablement les participants en regard du retour au travail et que les changements liés à cette intervention peuvent potentiellement se consolider dès la première semaine de participation au programme.

Enfin, une autre limite peut découler des analyses statistiques de cette étude. Concrètement, le nombre considérable de variables de l'étude a nécessité l'utilisation de diverses stratégies pour réduire le nombre de facteurs devant être testés en même temps dans chacun des modèles. Il est ainsi possible qu'en fonction de l'ordre d'entrée des facteurs dans les modèles, l'effet d'un facteur ait été masqué par la présence ou l'absence d'un autre facteur. Toutefois, l'utilisation d'une démarche systématique d'analyse de données a probablement minimisé cette limite.

5.4.2 Forces de l'étude

Cette étude se distingue toutefois par son originalité. En effet, à notre connaissance, aucune étude n'a documenté systématiquement l'ensemble des facteurs prédictifs et obstacles sur une population en incapacité de travail pendant la phase chronique qui a aussi participé à un même programme interdisciplinaire de réadaptation. De plus, les rapports de cote relativement élevés de certains facteurs dans chacun des modèles permettent de croire que l'approche structurée de l'OISHT, qui a été construit à partir des données probantes, ainsi que la formation préalable et le suivi des cliniciens qui ont utilisé le programme PRÉVICAP ont influencé favorablement la fiabilité de cette étude. Par ailleurs, l'atteinte d'un accord inter-juges de plus de 95% lors de la vérification de la saisie des données assure la qualité des données de la base de cette étude. Finalement, les qualités de généralisation de l'étude sont supportées par l'utilisation d'un programme qui a démontré sa validité externe, par le grand « N » et par la dispersion géographique de la population de l'étude dans quatre régions distinctes du Québec.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Jusqu'à maintenant, l'ensemble de la littérature a décrit pendant les phases aiguë et subaiguë du TMS les facteurs prédictifs et obstacles qui appartiennent principalement aux classes de facteurs sociodémographiques, cliniques, psychosociaux et occupationnels. Dans la présente étude, les facteurs, émergents de la littérature et de l'expérience d'un comité d'expert, ont été étudiés pendant la phase chronique du TMS, chez des personnes présentant une incapacité de travail prolongée et participant à un programme interdisciplinaire de réadaptation au travail dont l'efficacité a été démontrée. Différentes retombées émergent des résultats de la présente étude. D'abord, cette étude a permis de constater l'influence d'un grand nombre de facteurs occupationnels sur le statut de travail au congé d'un programme de réadaptation et suggère l'importance que les intervenants attribuent une attention particulière à ceux-ci. Également, les résultats de cette étude ont mis en lumière des différences significatives entre les hommes et les femmes quant aux associations des facteurs prédictifs et obstacles avec le statut de travail, notamment en ce qui concerne l'influence des facteurs psychosociaux. Ces résultats proposent de poursuivre l'étude des facteurs prédictifs et obstacles et celle des programmes de réadaptation dans cette voie, c'est-à-dire en considérant le genre des participants. De plus, il a été démontré que l'effet de certains facteurs jugés défavorables au statut de travail dans la littérature et sur le plan clinique avait un effet protecteur chez les participants au programme PRÉVICAP. Cette constatation a conduit à considérer l'importance du dépistage précoce des facteurs prédictifs et obstacles comme un moyen d'individualiser le programme en fonction des besoins des participants d'un programme

de réadaptation. Ce constat supporte la mise en œuvre de programmes de réadaptation dont la structure et les ressources offrent la latitude nécessaire pour adapter les programmes aux problématiques spécifiques de chaque personne en incapacité de travail prolongée.

Finalement, cette étude souligne qu'afin d'améliorer la qualité des programmes offerts aux travailleurs présentant une incapacité de travail résultant d'un TMS, il est nécessaire de poursuivre des recherches évaluatives de ces programmes en lien avec les facteurs prédictifs et obstacles de l'incapacité de travail prolongée. Ces études permettront ensuite de mieux cerner les actions thérapeutiques à poser, pour agir spécifiquement sur les facteurs prédictifs et obstacles du retour au travail.

REMERCIEMENTS

Ce mémoire n'aurait pu être mené à bien sans l'aide, le soutien et les encouragements de plusieurs personnes. D'abord, je voudrais remercier ma directrice de recherche, Marie-José Durand, qui m'a offert sa confiance et m'a proposé un projet de recherche nourrissant plusieurs de mes questionnements à l'égard de la réadaptation au travail. À chacune des étapes de la réalisation de ce projet d'étude, j'ai pu compter sur sa rigueur scientifique, sa patience, sa constance, la qualité de son encadrement, sa disponibilité et sa grande connaissance de la problématique de l'incapacité de travail prolongée.

Ensuite, je souhaiterais remercier la Chaire de recherche en réadaptation au travail, Fondation J. Armand Bombardier et Pratt & Whitney Canada, pour son soutien financier dans le cadre de cette étude. Également, j'aimerais remercier le personnel du Centre d'Action en Prévention et Réadaptation de l'Incapacité au Travail (CAPRIT) et plus spécialement Mme Hong, pour leurs réponses promptes et efficaces à mes nombreuses demandes d'informations. Un merci particulier à Mme Bouharaoui pour sa collaboration aux analyses statistiques. Aussi, je remercie mon employeur, l'Hôpital juif de réadaptation, pour la liberté qu'il m'a offerte en autorisant les nombreux congés nécessaires à l'achèvement de ce mémoire.

À tous mes amis et à ma famille, merci pour vos encouragements et votre soutien moral qui m'ont aidée à persévérer dans les moments de grande fatigue. À mes enfants, Lauriane, Marie-Pier et Catherine, merci pour vos câlins, vos rires et votre curiosité qui ont stimulé mes périodes de rédaction. Finalement, merci à Benoît, mon amoureux, pour ton appui inconditionnel tout au long de ces années d'étude. Te savoir fier de moi fut le moteur de la réalisation de ce mémoire. Merci d'avoir su préserver l'unité de notre famille en prenant tout à tour la majorité des responsabilités auprès des enfants.

RÉFÉRENCES

- Abenhaim, L., Rossignol, M., Gobeille, D., Bonvalot, Y., Fines, P., & Scott, S. (1995). The prognostic consequences in the making of the initial medical diagnosis of work-related back injuries. *Spine*, 20(7), 791-795.
- Adams, J. H., & Williams, A. C. (2003). What affects return to work for graduates of a pain management program with chronic upper limb pain? *Journal of Occupational Rehabilitation*, 13(2), 91-106.
- Anema, J. R., Cuelenaere, B., van der Beek, A. J., Knol, D. L., Vet, d., W., H. C., et al. (2004). The effectiveness of ergonomic interventions on return-to-work after low back pain; a prospective two year cohort study in six countries on low back pain patients sicklisted for 3-4-months. *Occupational & Environmental Medicine.*, 61, 289-294.
- Baril, R. (2002). Du constat à l'action: 15 ans de recherche en réinsertion professionnelle des travailleurs au Québec. *PISTES*, 4(2).
- Baril, R., Martin, J.-C., Massicotte, P., & Lapointe, C. (1994). Étude exploratoire des processus de réinsertion sociale et professionnelle des travailleurs en réadaptation. (No. R-082): Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec. pp. 1-413
- Battaglini, A., Désy, M., Dorval, D., Poirier, L. R., Fournier, M., Camirand, H., et al. (2005). L'intervention de première ligne auprès des personnes immigrantes: Estimé des ressources nécessaires pour une intervention adéquate. Québec, Montréal: Agence de développement de réseaux locaux, de services santé et de services sociaux.
- Bendix, A. F., Bendix, T., & Hastrup, C. (1998a). Can it be predicted which patients with chronic low back pain should be offered tertiary rehabilitation in a functional restoration program? A search for demographic, socioeconomic, and physical predictors... including commentary by Mayer TG. *Spine*, 23(16), 1775-1784.
- Bendix, A. F., Bendix, T., Labriola, M., & Boekgaard, P. (1998b). Functional restoration for chronic low back pain: two-year follow-up of two randomized clinical trials. *Spine*, 23(6), 717-725.
- Blouin, M. (1997). Dictionnaire de la réadaptation. Québec: Les publications du Québec.

- Boyer, R., Preville, M., Legare, G., & Valois, P. (1993). Psychological distress in a noninstitutionalized population of Quebec: normative results of the Quebec health survey. *Canadian Journal of Psychiatry*, 38(5), 339-343.
- Brox, J. I., Storheim, K., Holm, I., Friis, A., & Reikeras, O. (2005). Disability, pain, psychological factors and physical performance in healthy controls, patients with sub-acute and chronic low back pain: a case-control study. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 37(2), 95-99.
- Burton, A. K. (2005). How to prevent low back pain. *Best Practice & Research in Clinical Rheumatology*, 19(4), 541-555.
- Cissé, A. (2005). Étude de la sensibilité au changement de l'échelle de kinésiophobie de Tampa chez les clients présentant une lombalgie persistant. Unpublished master thesis, Université de Sherbrooke, Longueuil.
- Coste, J., Le Parc, J. M., Berge, E., Delecoeuillerie, G., & Paolaggi, J. B. (1993). Validation française d'une échelle d'incapacité fonctionnelle pour l'évaluation des lombalgies (EIFEL). *Revue du Rhumatisme. Édition Française*, 60(5), 335-341.
- Coutu, M. F., Durand, M. J., Loisel, P., Dupuis, G., & Gervais, S. (2005). Measurement properties of a new quality of life measure for patients with work disability associated with musculoskeletal pain. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(3), 295-312.
- Crook, J., Milner, R., Schultz, I. Z., & Stringer, B. (2002). Determinants of occupational disability following a low back injury: a critical review of the literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 12(4), 277-295.
- CSST. (2004a). Statistiques sur les affections vertébrales, 2000-2003. Québec (Canada): CSST.
- CSST. (2004b). Statistiques sur les lésions en "ITE" du système musculo-squelettique, 2000-2003. Québec, QC: CSST.
- Cutler, R. B., Fishbain, D. A., Steele-Rosomoff, R., & Rosomoff, H. L. (2003). Relationships between functional capacity measures and baseline psychological measures in chronic pain patients. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 13(4), 249-258.
- Dasinger, L. K., Krause, N., Deegan, L. J., Brand, R. J., & Rudolph, L. (2000). Physical workplace factors and return to work after compensated low back injury: a disability phase-specific analysis. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 42(3), 323-333.

- Davis, K. G., & Heaney, C. A. (2000). The relationship between psychosocial work characteristics and low back pain: underlying methodological issues. *Clinical Biomechanics*, 15(6), 389-406.
- Deyo, R. A., Battie, M., Beurskens, A. J., Bombardier, C., Croft, P., Koes, B., et al. (1998). Outcome measures for low back pain research. A proposal for standardized use.[erratum appears in *Spine* 1999 Feb 15;24(4):418]. *Spine*, 23(18), 2003-2013.
- Dionne, C. E., Bourbonnais, R., Frémont, P., Rossignol, M., & Stock, S. R. (2004). Le pronostic occupationnel des travailleurs aux prises avec des affections vertébrales (No. A-356). Montréal: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité au travail. pp. 1-147
- Durand, M. J. (1996). Étude des effets du Retour Thérapeutique au Travail chez des travailleurs absents du travail suite à une lésion professionnelle au dos. Unpublished Thèse de doctorat, Université de Sherbrooke, Sherbrooke.
- Durand, M. J., Berthelette, D., Loisel, P., Beaudet, J., & Imbeau, D. (2007a). Évaluation de l'implantation de la théorie d'un programme de collaboration précoce en réadaptation au travail auprès des travailleurs de la construction ayant une dorso-lombalgie. *IRSST*. pp. 88
- Durand, M. J., & Loisel, P. (2001a). La transformation de la réadaptation au travail d'une perspective parcellaire à une perspective systémique. *PISTES*, 3(2).
- Durand, M. J., & Loisel, P. (2001b). Therapeutic Return to Work: Rehabilitation in the workplace. *Work*, 17(1), 57-63.
- Durand, M. J., Loisel, P., Charpentier, N., Labelle, J., & Hong, Q. N. (2004). Le programme de Retour Thérapeutique au Travail (RTT): Un programme de réadaptation au travail basé sur les données probantes. Longueuil: Centre de recherche clinique en réadaptation au travail PRÉVICAP de l'Hôpital Charles-LeMoyne. pp. 81
- Durand, M. J., Loisel, P., & Durand, P. (1998). Le retour thérapeutique au travail comme une intervention de réadaptation centralisée dans le milieu de travail: description et fondements théoriques. *La revue canadienne d'ergothérapie*, 65(2), 72-80.
- Durand, M. J., Loisel, P., Hong, Q., & Charpentier, N. (2002). Helping clinicians in Work Disability Prevention: The Work Disability Diagnosis Interview. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 12(3), 191-204.
- Durand, M. J., Vachon, B., Loisel, P., & Berthelette, D. (2003). Constructing the program impact theory for an evidence-based work rehabilitation program

- for workers with low back pain. *Work: a Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation*, 21(3), 233-242.
- Durand, M. J., Vezina, N., Loisel, P., Baril, R., Richard, M. C., & Diallo, B. (2007b). Workplace interventions for workers with musculoskeletal disabilities: a descriptive review of content. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17(1), 123-136.
- Dutil, E., Filliatrault, J., Fougheyrollas, P., Lacroix, J., Noreau, L., Prenevost, M., et al. (1998). Évaluation fonctionnelle des capacités de travail. Canada: SAAQ, FRSQ.
- Elders, L. A., van der Beek, A. J., & Burdorf, A. (2000). Return to work after sickness absence due to back disorders--a systematic review on intervention strategies. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 73(5), 339-348.
- Eriksen, W., Bruusgaard, D., & Knardahl, S. (2003). Work factors as predictors of sickness absence: a three month prospective study of nurses' aides. *Occupational and Environmental Medicine*, 60(4), 271-278.
- Ferraz, M. B., Quaresma, M. R., Aquino, L. R., Atra, E., Tugwell, P., & Goldsmith, C. H. (1990). Reliability of pain scales in the assessment of literate and illiterate patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Rheumatology*, 17(8), 1022-1024.
- Fortin, M. F. (1996). Le processus de la recherche; de la conception à la réalisation. Ville Mont-Royal, Québec.
- Fougheyrollas, P., Cloutier, R., Bergeron, H., Côté, J., & St-Michel, G. (1998). Classification québécoise Processus de Production du Handicap. Québec: RIPPH/SCCIDIH. pp. 1-166
- Frache, R. L., Cullen, K., Clarke, J., Irvin, E., Sinclair, S., & Frank, J. (2005). Workplace-based return-to-work interventions: a systematic review of the quantitative literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), 607-631.
- Frank, J. W., Brooker, A., DeMaio, S. E., Kerr, M. S., Maetzel, A., Shannon, H. S., et al. (1996a). Disability resulting from occupational low back pain. Part II: What do we know about secondary prevention? A review of the scientific evidence on prevention after disability begins. *Spine*, 21(24), 2918-2929.
- Frank, J. W., Kerr, M. S., Brooker, A. S., DeMaio, S. E., Maetzel, A., Shannon, H. S., et al. (1996b). Disability resulting from occupational low back pain. Part I: What do we know about primary prevention? A review of the scientific evidence on prevention before disability begins. *Spine*, 21(24), 2908-2917.

- Fransen, M., Woodward, M., Norton, R., Coggan, C., Dawe, M., & Sheridan, N. (2002). Risk factors associated with the transition from acute to chronic occupational back pain. *Spine*, 27(1), 92-98.
- French, D. J., Roach, P., & Mayes, S. (2002). Peur du mouvement chez les accidentés du travail: l'Échelle de Kinésiophobie de Tampa (EKT). *Revue canadienne des sciences du comportement*, 34(1), 28-33.
- Gallagher, R. M., Rauh, V., Haugh, L. D., Milhous, R., Callas, P. W., Langelier, R., et al. (1989). Determinants of return-to-work among low back pain patients. *Pain*, 39(1), 55-67.
- Gatchel, R. J., Mayer, T. G., Kidner, C. L., & McGeary, D. D. (2005). Are gender, marital status or parenthood risk factors for outcome of treatment for chronic disabling spinal disorders? *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(2), 191-201.
- Gatchel, R. J., Polatin, P. B., & Kinney, R. K. (1995a). Predicting Outcome of Chronic Back Pain Using Clinical Predictors of Psychopathology - a Prospective Analysis. *Health Psychology*, 14(5), 415-420.
- Gatchel, R. J., Polatin, P. B., & Mayer, T. G. (1995b). The dominant role of psychosocial risk factors in the development of chronic low back pain disability. *Spine*, 20(24), 2702-2709.
- Goertz, M. N. (1990). Prognostic indicators for acute low-back pain. *Spine*, 15(12), 1307-1310.
- Guzman, J., Esmail, R., Karjalainen, K., Malmivaara, A., Irvin, E., & Bombardier, C. (2001). Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain: systematic review. *Bmj*, 322(7301), 1511-1516.
- Hartvigsen, J., Lings, S., Leboeuf-Yde, C., & Bakketeig, L. (2004). Psychosocial factors at work in relation to low back pain and consequences of low back pain; a systematic, critical review of prospective cohort studies. *Occup Environ Med*, 61(1), e2.
- Hlobil, H., Staal, J. B., Spoelstra, M., Ariens, G. A., Smid, T., & van Mechelen, W. (2005a). Effectiveness of a return-to-work intervention for subacute low-back pain. *Scandinavian Journal of Work Environmental Health*, 31(4), 249-257.
- Hlobil, H., Staal, J. B., Twisk, J., Koke, A., Ariens, G., Smid, T., et al. (2005b). The effects of a graded activity intervention for low back pain in occupational health on sick leave, functional status and pain: 12-month results of a randomized controlled trial. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), 569-580.

- Hurri, H., Mellin, G., Korhonen, O., Harjula, R., Harkapaa, K., & Luoma, J. (1991). Aerobic capacity among chronic low-back-pain patients. *Journal of Spinal Disorders*, 4(1), 34-38.
- Illfed, F. (1976). Methodological issue in relating psychiatric symptoms to social stressors. *Psychological Reports*, 39, 1251-1258.
- Infante-Rivard, C., & Lortie, M. (1996). Prognostic Factors For Return to Work After a First Compensated Episode of Back Pain. *Occupational & Environmental Medicine*, 53(7), 488-494.
- INSPQ. (2005). La prévention des troubles musculosquelettique liés au travail. Réflexion sur le rôle du réseau de santé publique et orientation proposées pour la santé au travail. Québec, Qc: INSPQ.
- Jensen, M. P., Karoly, P., & Braver, S. (1986). The measurement of clinical pain intensity: A comparison of six methods. *Pain*, 27, 117-126.
- Jensen, M. P., Karoly, P., O'Riordan, E. F., Bland, F. J., & Burns, R. S. (1989). The subjective Experience of acute pain: An assement of the utility of 10 indices. *Clinical Journal of Pain*, 5, 153-159.
- Karjalainen, K., Malmivaara, A. O., van Tulder, M. W., Roine, R. P., Jauhiainen, S., Hurri, H. O., et al. (2000). Biopsychosocial rehabilitation for repetitive-strain injuries among working-age adults. *Scandinavian Journal of Work Environmental Health*, 26(5), 373-381.
- Kendal, N. S. A., Linton, S. J., & Main, C. J. (1997). Guide to assessing psychosocial yello flags in acute low back pain: risks factors for long-term disability and work loss. . Wellington: Accident rehabilitation and compensation insurance corporation of New Zealand and the National Health Committee.
- Kirkwood, B. R., & Sterne, J. A. (2003). *Medical Statistics* (2nd. ed.). Massachusetts: Blackwell Sciences Ltd.
- Koes, B. W., van Tulder, M. W., Ostelo, R., Burton, A. K., & Waddell, G. (2001). Clinical guidelines for the management of low back pain in primary care: an international comparison... including commentary by Rossignol M. *Spine*, 26(22), 2504-2514.
- Krause, N., Dasinger, L. K., Deegan, L. J., Rudolph, L., & Brand, R. J. (2001a). Psychosocial job factors and return-to-work after compensated low back injury: A disability phase-specific analysis. *American Journal of Industrial Medicine*, 40(4), 374-392.
- Krause, N., Frank, J., Dasinger, L. K., Sullivan, T. J., & Sinclair, S. J. (2001b). Determinants of duration of disability and return-to-work after work-related

injury and illness: challenges for future research. *American Journal of Industrial Medicine*, 40, 464-484.

Lackner, J. M., & Carosella, A. M. (1999). The relative influence of perceived pain control, anxiety, and functional self efficacy on spinal function among patients with chronic low back pain. *Spine*, 24(21), 2254-2260; discussion 2260-2251.

Lancourt, J., & Kettelhut, M. (1992). Predicting return to work for lower back pain patients receiving worker's compensation. *Spine*, 17(6), 629-640.

Larousse. (2000). *Le petit Larousse Illustré*. Paris: Larousse.

Last, J. M., Thuriaux, M. C., Michel, C., & Talbot-Bélair, L. (2004). *Dictionnaire d'épidémiologie : enrichi d'un lexique anglais-français*: Édisem, 2004.

Leclaire, R., Blier, F., Fortin, L., & Proulx, R. (1997). A cross-sectional study comparing the Oswestry and Roland-Morris Functional Disability scales in two populations of patients with low back pain of different levels of severity. *Spine*, 22(1), 68-71.

Lehmann, T. R., Spratt, K. F., & Lehmann, K. K. (1993). Predicting long-term disability in low back injured workers presenting to a spine consultant. *Spine*, 18(8), 1103-1112.

Limoges, J., Lemaire, R., & Dodier, F. (1987). *Trouver son travail*. Montréal: Éditions Fides.

Linton, S. J. (2001). Occupational psychological factors increase the risk for back pain: a systematic review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 11(1), 53-66.

Linton, S. J., Gross, D., Schultz, I. Z., Main, C., Cote, P., Pransky, G., et al. (2005). Prognosis and the identification of workers risking disability: research issues and directions for future research. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), 459-474.

Linton, S. J., & Hallden, K. (1998). Can We Screen For Problematic Back Pain - a Screening Questionnaire For Predicting Outcome in Acute and Subacute Back Pain. *Clinical Journal of Pain*, 14(3), 209-215.

Loisel, P., Abenhaim, L., Durand, P., Esdaile, J. M., Suissa, S., Gosselin, L., et al. (1997). A population-based, randomized clinical trial on back pain management. *Spine*, 22(24), 2911-2918.

Loisel, P., Durand, M.-J., Baril, R., Langley, A., & Falardeau, M. (2004). Décider pour faciliter le retour au travail; étude exploratoire sur les dimension de la prise de décision dans une équipe interdisciplinaire de réadaptation au

travail (No. R-393). Montréal: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité au travail. pp. 1-48

- Loisel, P., Durand, M.-J., Diallo, B., Vachon, B., Charpentier, N., & Labelle, J. (2003). From evidence to community practice in work rehabilitation : The Quebec experience. *Clinical Journal of Pain*, 19, 105-113.
- Loisel, P., Durand, M. J., Berthelette, D., Vezina, N., Baril, R., Gagnon, D., et al. (2001). Disability prevention - New paradigm for the management of occupational back pain. *Disease Management & Health Outcomes*, 9(7), 351-360.
- Loisel, P., Durand, P., Abenhaim, L., Gosselin, L., Simard, R., Turcotte, J., et al. (1994). Management of occupational back pain: the Sherbrooke model. Results of a pilot and feasibility study. *Occupational and Environmental Medicine*, 51(9), 597-602.
- Loisel, P., Lemaire, J., Poitras, S., Durand, M. J., Champagne, F., Stock, S., et al. (2002). Cost-benefit and cost-effectiveness analysis of a disability prevention model for back pain management: a six year follow up study. *Occup Environ Med*, 59(12), 807-815.
- Macfarlane, G. J., Thomas, E., Croft, P. R., Papageorgiou, A. C., Jayson, M. I., & Silman, A. J. (1999). Predictors of early improvement in low back pain amongst consulters to general practice: the influence of pre-morbid and episode-related factors. *Pain*, 80(1-2), 113-119.
- Mackenzie, E. J., Morris, J. A., Jurkovich, G. J., Yasui, Y., B.M., C., Burgess, A. R., et al. (1998). Return to work following injury: the role of economic, social, and job-related factors. *Journal of Bone & Joint Surgery*, 80(7), 1034-1042.
- Main, C. J. (2002). Concepts of treatment and prevention in musculoskeletal disorders. In S. J. Linton (Ed.), *New avenues for the prevention of chronic musculoskeletal pain and disability* (Vol. 12, pp. 47-63). Amsterdam: Elsevier.
- Marhold, C., Linton, S. J., & Melin, L. (2002). Identification of obstacles for chronic pain patients to return to work: Evaluation of a questionnaire. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 12(2), 65-75.
- McIntosh, G., Frank, J., Hogg-Johnson, S., Bombardier, C., & Hall, H. (2000a). Prognostic factors for time receiving workers' compensation benefits in a cohort of patients with low back pain. *Spine*, 25(2), 147-157.
- McIntosh, G., Frank, J., Hogg-Johnson, S., Hall, H., & Bombardier, C. (2000b). Low back pain prognosis: Structured review of the literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 10(2), 101-115.

- Miller, R. P., Kori, S. H., & Todd, D. D. (1991). The Tampa Scale: Unpublished report, Tampa, FL.
- Nachemson, A. (1999). Back pain: Delimiting the problem in the next millennium. *Int J Law Psychiatry*, 22(5-6), 473-490.
- Norlung, A., & Waddel, G. (2000). Cost of back pain in some OECD countries. In N. a. E. A, Jonsson (Ed.), *Neck and back pain: The Scientific Evidence of Causes, Diagnosis and Treatment*. (pp. 421-425). Philadelphia, USA: Lippincott, Williams and Wilkins.
- Norman, G. R., & Streiner, D. (2003). *PDQ statistics* (3rd ed.). Hamilton: DC Decker.
- Okun, A., Stein, R. E., Bauman, L. J., & Silver, E. J. (1996). Content validity of the Psychiatric Symptom Index, CES-depression Scale, and State-Trait Anxiety Inventory from the perspective of DSM-IV. *Psychol Rep*, 79(3 Pt 1), 1059-1069.
- Oleinick, A., Gluck, J. V., & Guire, K. E. (1996). Factors Affecting First Return to Work Following a Compensable Occupational Back Injury. *American Journal of Industrial Medicine*, 30(5), 540-555.
- OQLF. (2006). *Le grand dictionnaire terminologique: Index-prédictif/psychologie*: Office québécois de la lanque française.
- Pincus, T., Burton, A. K., Vogel, S., & Field, A. P. (2002). A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. *Spine*, 27(5), E109-120.
- Pransky, G., Benjamin, K., Hill-Fotouhi, C., Himmelstein, J., Fletcher, K. E., Katz, J. N., et al. (2000). Outcomes in work-related upper extremity and low back injuries: results of a retrospective study. *American Journal of Industrial Medecine*, 37(4), 400-409.
- Préville, M., Boyer, R., & Potvin, L. (1992). La détresse psychologique: détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'Enquête Santé Québec. Quebec: Santé Québec.
- Préville, M., Potvin, L., Boyer, R., & Boulerice, B. (2000). Relationship between physical health status and responses to a psychological distress measure. *Canadian Journal on Aging*, 19(3), 363-379.
- Reneman, M. F., Jorritsma, W., Schellekens, J. M., & Goeken, L. N. (2002). Concurrent validity of questionnaire and performance-based disability measurements in patients with chronic nonspecific low back pain. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 12(3), 119-129.

- Roland, M., & Fairbank, J. (2000). The Roland-Morris Disability Questionnaire and the Oswestry Disability Questionnaire. *Spine*, 25(24), 3115-3124.
- Roland, M., & Morris, R. (1983). A study of the natural history of back pain. Development of a reliable and sensitive measure of disability in low back pain. *Spine*, 8, 141-144.
- Schonstein, E., Kenny, D., Keating, J., Koes, B., & Herbert, R. D. (2003a). Physical conditioning programs for workers with back and neck pain: a cochrane systematic review. *Spine*, 28(19), E391-395.
- Schonstein, E., Kenny, D. T., Keating, J., & Koes, B. W. (2003b). Work conditioning, work hardening and functional restoration for workers with back and neck pain. *Cochrane Database Systematic Review*(1), CD001822.
- Schultz, I. Z., Crook, J., Meloche, G. R., Berkowitz, J., Milner, R., Zuberbier, O. A., et al. (2004). Psychosocial factors predictive of occupational low back disability: towards development of a return-to-work model. *Pain*, 107(1-2), 77-85.
- Spitzer, W. O., Leblanc, F. E., & Dupuis, M. (1987). Scientific Approach to the Assessment and Management of the Activity-Related Spinal Disorders. A Monograph for Clinicians. Report of the Quebec Task Force on Spinal Disorders. *Spine*, 12(7-supplement), S1-S59.
- Staal, J. B., Hlobil, H., van Tulder, M. W., Koke, A. J., Smid, T., & van Mechelen, W. (2002). Return-to-work interventions for low back pain: a descriptive review of contents and concepts of working mechanisms. *Sports Medecine*, 32(4), 251-267.
- Staal, J. B., Hlobil, H., van Tulder, M. W., Waddell, G., Burton, A. K., Koes, B. W., et al. (2003). Occupational health guidelines for the management of low back pain: an international comparison. *Occup Environ Med*, 60(9), 618-626.
- Stock, S., Loisel, P., Durand, M.-J., Streiner, D., Tugwell, P., Lemaire, J., et al. The Neck and Upper Limb Index (NULI): Part 2. Reliability, sensitivity to change and other validity testing (submitted).
- Stock, S., Loisel, P., Durand, M.-J., Streiner, D., Tugwell, P., Reardon, R., et al. (2003). IDVQ: l'indice d'impact de la douleur au cou et aux membres supérieurs sur la vie quotidienne (No. A-355). Montréal: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité au travail. pp. 1-64
- Stratford, P. W., Binkley, J., Solomon, P., Gill, C., & Finch, E. (1994). Assessing change over time in patients with low back pain. *Physical Therapy*, 74(6), 528-533.

- Sullivan, M. J., Ward, L. C., Tripp, D., French, D. J., Adams, H., & Stanish, W. D. (2005). Secondary prevention of work disability: community-based psychosocial intervention for musculoskeletal disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(3), 377-392.
- Sun, G. W., Shook, T. L., & Kay, G. L. (1996). Inappropriate use of bivariable analysis to screen risk factors for use in multivariable analysis. *Journal of Clinical Epidemiology*, 49(8), 907-916.
- Talo, S., Puukka, P., Rytokoski, U., Ronnema, T., & Kallio, V. (1994). Can treatment outcome of chronic low back pain be predicted? Psychological disease consequences clarifying the issue. *Clinical Journal of Pain*, 10(2), 107-121.
- Truchon, M., & Fillion, L. (2000). Biopsychosocial determinants of chronic disability and low-back pain: a review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 10(2), 117-142.
- Turk, D. C., & Melzack, R. (1992). *Handbook of pain assessment*. New York: The Guilford Press.
- Turk, D. C., & Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 70(3), 678-690.
- Turner, J. A., Franklin, G., Fulton-Kehoe, D., Egan, K., Wickizer, T. M., Lymp, J. F., et al. (2004). Study Protocol. Prediction of chronic disability in work-related musculoskeletal disorders: a prospective, population-based study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 5(14).
- Turner, J. A., Franklin, G., & Turk, D. C. (2000). Predictors of chronic disability in injured workers: a systematic literature synthesis. *American Journal of Industrial Medicine*, 38, 707-722.
- van der Giezen, A. M., Bouter, L. M., & Nijhuis, F. J. (2000). Prediction of return-to-work of low back pain patients sicklisted for 3-4 months. *Pain*, 87(3), 285-294.
- van der Hulst, M., Vollenbroek-Hutten, M. M., & Ijzerman, M. J. (2005). A systematic review of sociodemographic, physical, and psychological predictors of multidisciplinary rehabilitation-or, back school treatment outcome in patients with chronic low back pain. *Spine*, 30(7), 813-825.
- van der Weide, W. E., Verbeek, J., Salle, H. J. A., & van Dijk, F. J. H. (1999). Prognostic factors for chronic disability from acute low-back pain in occupational health care. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 25(1), 50-56.

- van Tulder, M. W., Koes, B. W., & Bouter, L. M. (1995). A Cost-of-Illness Study of Back Pain in the Netherlands. *Pain*, 62(2), 233-240.
- Vlaeyen, J. W. S., Kole-Snijders, A. M., Boeren, R. G., & van Eek, H. (1995). Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. *Pain*, 62(3), 363-372.
- Von Korff, M., Jensen, M. P., & Karoly, P. (2000). Assessing global pain severity by self-report in clinical and health services research. *Spine*, 25(24), 3140-3151.
- Waddell, G., Burton, A. K., & Main, C. J. (2003). Screening to identify people at risk of long-term incapacity for work: The Royal Society of medicine press limited. pp. 1-79
- Walsh, D. A., & Radcliffe, J. C. (2002). Pain beliefs and perceived physical disability of patients with chronic low back pain. *Pain*, 97(1-2), 23-31.
- Williams, R. A., Pruitt, S. D., Doctor, J. N., Epping-Jordan, J. E., Wahlgren, D. R., Grant, I., et al. (1998). The contribution of job satisfaction to the transition from acute to chronic low back pain. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 79(4), 366-374.

ANNEXES

ANNEXE A : COMPOSANTES DU PROGRAMME PRÉVICAP.....	151
ANNEXE B : RÉSEAU EN RÉADAPTATION AU TRAVAIL DU QUÉBEC (RRTQ) ET ÉTUDE D'IMPLANTATION DU PROGRAMME PRÉVICAP.....	156
ANNEXE C : FACTEURS PRÉDICTIFS ET OBSTACLES DE L'ÉTUDE.....	163
ANNEXE D : DRAPEAUX ROUGES.....	170
ANNEXE E : QUESTIONNAIRES AUTO-ADMINISTRÉS.....	172
ANNEXE F : QUESTIONNAIRE TÉLÉPHONIQUE.....	189
ANNEXE G : LISTE DES VARIABLES RETIRÉES DE L'ÉTUDE (ÉTAPE 1 : ANALYSE DE DONNÉES).....	192
ANNEXE H : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ET LETTRES D'AUTORISATION POUR L'EXPLOITATION DE LA BASE DE DONNÉES DU RRTQ.....	194

ANNEXE A

COMPOSANTES DU PROGRAMME PRÉVICAP

COMPOSANTES DU PROGRAMME PRÉVICAP¹

Objectifs

But du programme

- Réintégrer de façon durable le travailleur à un emploi

Objectif général

- Développer des agirs spécifiques au travail

Objectifs spécifiques

- Promouvoir l'action concertée entre les partenaires
- Améliorer les capacités générales de travail
 - Améliorer la perception de l'état de santé
 - Diminuer les peurs face à la douleur et aux mouvements
 - Améliorer la performance physique
 - Améliorer le sentiment d'efficacité personnelle face au travail
- Réduire les contraintes environnementales

Activités du programme

Le programme RTT comporte deux composantes majeures, soit le diagnostic de situation de handicap au travail (DSHT) et le retour thérapeutique au travail (RTT) ainsi qu'une composante mineure soit le pré-retour thérapeutique au travail (Pré-RTT):

1. Diagnostic de situation de handicap au travail (DSHT): le but principal du DSHT est d'éliminer un diagnostic de gravité et de formuler un diagnostic sur la ou les causes de la prolongation d'une incapacité au travail régulier (arrêt de travail ou assignation temporaire) ou sur un état rendant difficile le travail, ceci en raison d'une atteinte

¹ Texte tiré de : Durand, M.-J., Loisel, P., Charpentier, N., Labelle, J., & Hong, Q. N. (2004). Le programme de Retour Thérapeutique au Travail (RTT): Un programme de réadaptation au travail basé sur les données probantes. Longueuil: Centre de recherche clinique en réadaptation au travail PRÉVICAP de l'Hôpital Charles-LeMoine. 81 pp

musculosquelettique persistante. La complétion du DSHT permet par la suite d'établir un plan d'intervention. Outre une meilleure compréhension de la situation, d'autres objectifs sont visés par le DSHT, soit la création d'une relation d'aide avec le travailleur, l'explication au travailleur de l'approche adoptée par les intervenants du programme RTT, ainsi que l'initiation d'une intervention de rassurance et d'éducation.

Le DSHT a été développé par un panel d'experts dans le domaine, en se basant sur les données récentes de la littérature et l'expérience des membres du panel (Durand et al, 2002). À partir de la littérature scientifique et de l'expertise clinique, des indicateurs de gravité (drapeaux rouges) et des indicateurs de situation de handicap au travail (ISHT) sont identifiés. Les ISHT sont des indicateurs des causes de la prolongation d'une incapacité au travail et peuvent être d'origine physique, psychosociale, ergonomique ou administrative. Ces indicateurs ont été intégrés dans une structure d'entrevue semi-dirigée effectuée par le médecin et le gestionnaire de dossier (ergothérapeute). Le contenu de l'entrevue semi-dirigée porte sur les caractéristiques sociodémographiques, l'histoire au travail, le syndrome douloureux, l'état de santé général, les antécédents médicaux, l'histoire familiale et sociale, l'environnement de travail et la perception du travailleur de son incapacité. En plus des entrevues, quelques questionnaires auto-administrés ayant de bonnes qualités métrologiques ont été identifiés dans la littérature et sont complétés par les travailleurs suite aux entrevues.

Il existe deux types de DSHT : bref et approfondi. L'évaluation brève permet d'établir la présence ou l'absence d'un écart entre les capacités du travailleur et les exigences de l'emploi. Elle est effectuée par le médecin et le gestionnaire de dossier. L'évaluation approfondie, quand à elle, est un complément d'évaluation personnalisée et est recommandée au besoin afin d'explorer une ou plusieurs sphères spécifiques. Elle est effectuée par un ou plusieurs professionnels selon le cas.

2. Préparation au retour thérapeutique au travail (pré-RTT) : le pré-RTT est une intervention de réadaptation visant la mise en place des conditions favorables qui permettent la réintégration en milieu de travail. Elle est facultative et n'est indiquée que lorsqu'il est nécessaire d'approfondir la situation autrement que par le DSHT approfondi. Il s'agit d'une phase exploratoire qui vise d'abord une meilleure compréhension des rôles et objectifs des partenaires, une précision de l'emploi du travailleur (titre, poste et activités de travail) et le développement d'une collaboration avec les partenaires. Elle vise aussi à mettre en place les conditions favorables à l'amorce d'une réintégration en emploi, que ce soit par l'exploration des structures d'accueil du milieu de travail, par la recherche d'un milieu de stage, par le rehaussement des capacités du travailleur ou par toutes autres démarches préalables à un processus de RTT. Également, cette phase préparatoire permet de développer les capacités physiques, psychologiques et sociales du travailleur par des interventions de rassurance, de reconditionnement physique, de mises en situation de travail spécifiques, d'éducation et de gestion du stress et de la douleur. Elle est effectuée sous la supervision de l'équipe interdisciplinaire. Des réunions interdisciplinaires hebdomadaires sont réalisées afin d'établir les objectifs de traitement ainsi que des rencontres et des contacts téléphoniques réguliers auprès du conseiller en réadaptation et de l'employeur.
3. Retour thérapeutique au travail (RTT) : le RTT est au cœur du programme de réadaptation au travail. Cette activité se déroule parallèlement en milieu clinique et en milieu réel de travail. En clinique, un programme de réadaptation visant à développer les capacités physiques, psychologiques et sociales du travailleur par des interventions de rassurance, de reconditionnement physique, de mises en situation de travail spécifiques, d'éducation et de gestion du stress et de la douleur ont lieu. L'intervention en milieu de travail réel consiste en un retour progressif et supervisé au poste régulier ou à un poste semblable, d'abord avec des tâches allégées, puis progressivement les contraintes, les cadences et la durée du travail sont augmentées en fonction des capacités du travailleur. Cette étape peut inclure, si nécessaire, l'étude ergonomique de la situation de travail ainsi que des modifications de cette situation

(Durand et al, 1998; Loisel et al., 1994). Le RTT a pour objectif principal de favoriser le développement d'agirs spécifiques au travail. L'évolution du travailleur lors du RTT est suivie de façon concertée par l'équipe interdisciplinaire de réadaptation (réunions interdisciplinaires hebdomadaires) et le conseiller en réadaptation en interaction avec l'employeur et le médecin traitant.

Ressources humaines

Le programme est délivré par une équipe interdisciplinaire dédiée et faisant preuve de cohésion dans une démarche consensuelle. L'équipe est composée d'un coordonnateur clinique, d'un ergonome, d'un ergothérapeute, d'un kinésiologue, d'un médecin et d'un psychologue. Pour chaque travailleur, un gestionnaire de dossier lui est assigné. Ce dernier joue un rôle pivot entre le travailleur en traitement, l'équipe interdisciplinaire et les différents partenaires sociaux impliqués au dossier. Ce rôle est acquitté par l'ergothérapeute, l'ergonome ou le kinésiologue et peut être partagé avec le coordonnateur clinique selon la complexité du dossier. Au sein de cette équipe, chaque membre agit à titre d'expert dans son domaine. Toutefois, chaque membre a une connaissance des autres disciplines. Les membres partagent une vision commune en réadaptation au travail, prônent l'approche centrée sur le client et sont orientés vers la recherche de solutions.

ANNEXE B

RÉSEAU EN RÉADAPTATION AU TRAVAIL DU QUÉBEC (RRTQ) ET ÉTUDE D'IMPLANTATION DU PROGRAMME PRÉVICAP

CONVENTION

ENTRE

**L'ASSOCIATION DES ÉTABLISSEMENTS DE RÉADAPTATION
EN DÉFICIENCE PHYSIQUE DU QUÉBEC**

ET

L'HÔPITAL CHARLES LEMOYNE

**POUR LE DÉVELOPPEMENT D'UN RÉSEAU
EN RÉADAPTATION AU TRAVAIL DU QUÉBEC (RRTQ)**

17 MAI 2000

ORGANISATION D'UN CONSORTIUM POUR L'ÉTABLISSEMENT D'UN RÉSEAU EN RÉADAPTATION AU TRAVAIL DU QUÉBEC

1. PRÉAMBULE

Les établissements de réadaptation ont développé des services de réadaptation pour les personnes ayant une lésion musculo-squelettique suite à une lésion professionnelle. Leur expertise est reconnue et ils ont établi des contrats avec la CSST. L'Hôpital Charles LeMoyne (HCLM) a développé des services de réadaptation particulièrement avec son centre de recherche clinique en réadaptation au travail PRÉVICAP, pour les personnes ayant une lésion musculo-squelettique suite à une lésion professionnelle. PRÉVICAP a su développer une expertise particulière et reconnue de sorte que la CSST, ayant déjà un contrat avec l'HCLM, souhaite élargir cette expertise dans toutes les régions du Québec. Ainsi, l'organisation d'une convention entre les établissements de réadaptation adhérents et l'HCLM permet d'établir un réseau en réadaptation au travail du Québec (RRTQ).

2. MISSION

- Prévenir les situations de handicap au travail par le développement et la mise en œuvre de programmes de prévention et de réadaptation basés sur les données probantes¹ s'adressant aux personnes et aux entreprises
- Promouvoir le développement des connaissances et des pratiques en réadaptation au travail par la recherche et la formation

3. VALEURS

- La reprise de l'habitude de vie « travail » comme cible prédominante des interventions, le travail étant considéré comme un moyen de retrouver la santé et l'ensemble des habitudes de vie.
- La précocité des interventions pour accroître leur efficacité et leur coût efficacité et réduire les durées d'incapacité au travail en améliorant l'état de santé des travailleurs et en réduisant les incapacités.
- L'utilisation d'une approche interdisciplinaire dans le développement et la réalisation des différents programmes et projets, impliquant le partage des informations dans le respect mutuel, l'établissement de consensus dans la prise de décision.
- L'utilisation d'une approche humaniste, centrée sur le travailleur, impliquant une réactivation et une responsabilisation de celui-ci à l'intérieur du processus de réadaptation.
- L'implication et la responsabilisation des différents partenaires dans la résolution de la problématique de la situation de handicap au travail.

¹ Les données probantes incluent les connaissances scientifiques, les données objectives résultant de l'expérience et à défaut les consensus des experts dans le domaine 158

- La réalisation précoce des interventions de réadaptation dans le milieu de travail comme contexte thérapeutique.
- La considération de la situation de handicap au travail comme la résultante d'un déséquilibre de l'adaptation du système travailleur / environnement de travail.
- L'intégration entre les programmes d'intervention, de recherche et de formation, permettant le transfert des connaissances, des compétences et de l'expérience entre les divers intervenants et les milieux partenaires dans la problématique.
- L'utilisation des données probantes dans le développement et l'application des programmes.

4. OBJECTIF

Les membres du consortium mettront en commun leurs expertises réciproques afin de développer ensemble à la fois des programmes de réadaptation aux travailleurs ayant une incapacité au travail ainsi que des programmes de recherche et de formation en réadaptation au travail.

Ce regroupement prend la forme d'une convention entre les signataires en vue du développement d'un Réseau de réadaptation au travail du Québec (RRTQ).

5. PARTENAIRES

Parmi les partenaires du RRTQ dont la collaboration sera sollicitée, une place privilégiée échoit :

- Aux travailleurs victimes de lésions professionnelles qui contribuent à leur réadaptation ;
- À la CSST qui a le mandat d'appliquer la LATMP, incluant la responsabilité de la réadaptation des travailleurs victimes de lésions professionnelles, et à son personnel qui a la charge d'appliquer ce mandat ; la CSST se positionne à la fois comme partenaire et comme client vis-à-vis du RRTQ ;
- À l'IRSST qui a le mandat du développement de la recherche en santé et sécurité du travail au Québec et qui a reconnu la recherche en réadaptation au travail comme une priorité ;
- Aux entreprises concernées au premier chef par la problématique de l'incapacité au travail et qui ont la responsabilité de contribuer à la réadaptation des travailleurs victimes de lésions professionnelles.

6. PRINCIPES DIRECTEURS

Pour réaliser l'objectif précédent, les membres du consortium qui sont désignés ci-dessus s'entendent sur un certain nombre de principes directeurs au plan organisationnel, au plan de la programmation et au plan contractuel.

6.1 Au plan organisationnel

6.1.1 Le consortium se dote d'un comité exécutif pour assurer son administration. Il est composé de cinq membres votants nommés par le consortium. L'HCLM a un siège

permanent au comité exécutif. Les autres sièges doivent tenir compte d'une représentation géographique (Montréal, Québec, régions de l'est du Québec, régions de l'ouest du Québec). Finalement le directeur du RRTQ complète la composition du comité exécutif avec une voix consultative. Les membres de l'exécutif sont choisis par le consortium. Le directeur du RRTQ répond au comité exécutif.

6.1.2- Le comité exécutif propose au consortium la structure et les modalités de fonctionnement du RRTQ et administre le consortium. Il est responsable des négociations avec les organismes qui le subventionnent et/ou lui achètent des services.

6.1.3- Le directeur du RRTQ est nommé par le consortium sur proposition du comité exécutif. Il doit être un chercheur clinicien en réadaptation au travail et avoir une affiliation universitaire. Il dirige l'ensemble des activités du RRTQ, tant cliniques, administratives que de recherche et d'enseignement. Il est assisté dans sa tâche par un adjoint administratif. Les membres conviennent que le premier directeur sera le Dr Patrick Loisel, nommé avec un mandat de 4 ans. Le mandat des directeurs suivants sera de quatre ans, renouvelable.

6.1.4- Chaque établissement nomme un responsable local des activités cliniques qui répondra au directeur pour toute question reliée à la programmation. Le directeur s'assurera du fonctionnement réseau des activités cliniques pour le bénéfice des personnes traitées dans les divers établissements et pour favoriser la formation continue et la participation des intervenants cliniques concernés des divers établissements.

6.1.5- Une équipe FRSQ sur la thématique de la réadaptation au travail est située à l'HCLM (équipe PRÉVICAP). Elle continuera à se développer en lien avec le RRTQ. Après entente avec le directeur, les chercheurs intéressés à la problématique de la réadaptation au travail et oeuvrant dans différents établissements ou universités pourront collaborer aux activités de recherche du réseau en conservant leur rattachement institutionnel. En outre, le RÉPAR a développé un regroupement de recherche en réadaptation au travail qui sera un lieu d'échanges entre les chercheurs oeuvrant dans cette thématique. La coordination de ce regroupement a été confiée à Dr Patrick Loisel.

6.1.6- Le directeur s'assurera de l'intégration des activités cliniques, de recherche et de formation.

6.2 Au plan de la programmation

6.2.1- Le déploiement du réseau est prévu sur tout le territoire du Québec.

6.2.2- Les programmes cliniques sont offerts selon une approche concertée développée par le réseau, avec la participation directe des responsables locaux des activités cliniques réunis par le directeur du RRTQ. Des mécanismes pour permettre un arrimage entre chercheurs et cliniciens pour le développement de la programmation clinique seront mis en place.

6.2.3- Chaque travailleur pris en charge est desservi par un seul établissement du consortium. Cependant, dans la logique du fonctionnement réseau, certains cas peuvent être transférés dans un autre établissement et certains intervenants peuvent être amenés à collaborer dans un établissement différent de leur établissement d'origine. En outre, les échanges d'information destinés à faire bénéficier les travailleurs de la meilleure expertise pertinente, seront favorisés.

6.2.4- Le directeur du RRTQ favorisera les liens entre chercheurs et cliniciens pour aider à la mise en place de projets de recherche dans les milieux cliniques, permettre aux cliniciens de développer et réaliser des projets de recherche en leur assurant un support méthodologique et établir une programmation de recherche.

6.2.5- La programmation de la formation sera développée par un comité réunissant des chercheurs et cliniciens du RRTQ et réunis en assemblée autour du directeur.

6.2.6- Le directeur pourra s'adjoindre un responsable dans chacun des secteurs d'activités (clinique, enseignement, recherche) selon l'importance du développement de ces activités. Là encore un fonctionnement réseau, impliquant au maximum les différentes composantes du RRTQ sera privilégié.

6.3- Au plan contractuel

6.3.1- Le financement du consortium provient de ses partenaires externes dont les premiers sont la CSST pour supporter l'infrastructure et les interventions cliniques et l'IRSST pour supporter l'infrastructure et la programmation de la recherche. Ce financement doit permettre de réaliser les trois missions du RRTQ, soit les programmes cliniques, de recherche et de formation. Le mode de financement peut varier selon ces types de programmes et dépendra également des négociations avec les partenaires. Le mode de financement doit assurer la stabilité de l'ensemble des activités du RRTQ et financer l'infrastructure, le fonctionnement administratif du consortium, la recherche et l'enseignement.

6.3.2- Le consortium négocie avec chaque partenaire externe, présentement avec la CSST et l'IRSST, un contrat provincial. Chaque établissement demeure autonome dans la négociation de certaines modalités particulières. Toutefois, le comité exécutif doit approuver les modalités particulières.

6.3.3- Au fur et à mesure de leur entrée dans le consortium, les établissements adhérents acceptés par le consortium, signeront la présente convention.

La présente entente ne peut être modifiée sans le consentement des parties.

M. Denis Carbonneau, président
Association des établissements de réadaptation
en déficience physique du Québec

M. Michel Lévesque, directeur général
Hôpital Charles LeMoyne

/jp

ANNEXE C

FACTEURS PRÉDICTIFS ET OBSTACLES DE L'ÉTUDE

LISTE ET CARACTÉRISTIQUES DES FACTEURS PRÉDICTIFS ET OBSTACLES DE L'ÉTUDE

Facteurs prédictifs et obstacles	Caractéristiques des variables			
	Types	Présence/absence	Nb de catégorie	Échelle
Facteurs prédictifs sociodémographiques / Habitudes de vie				
Âge (en année)	Continue			Année
Âge (plus âgé)	Dichotomique	√		
Âge (plus jeune)	Dichotomique	√		
Sexe (Homme, Femme)	Catégorique		2	
État civil (Marié, Conjoint de fait, Célibataire, Divorcé/séparé, Veuf; avec ou sans enfant, monoparental)	Catégorique		8	
Antécédents ou présence de consommation problématique	Dichotomique	√		
Mode de vie sédentaire	Dichotomique	√		
Mode de vie actif avant l'événement accidentel	Dichotomique	√		
Facteurs prédictifs cliniques				
Diagnostic	Catégorique		> de 50	
Pathologie (Maux de dos, Maux membres supérieurs-cou, Autres)	Catégorique		3	
Mesure de l'intensité de la douleur (Score échelle visuelle analogue)	Continue			0-10
Syndrome douloureux irradiant en bas du genou	Dichotomique	√		
Étiquetage diagnostique	Dichotomique	√		
Méconnaissance du travailleur de sa condition et du pronostic de récupération	Dichotomique	√		
Travailleur possède une connaissance juste de sa condition	Dichotomique	√		
Événement récent	Dichotomique	√		

Facteurs prédictifs et obstacles	Caractéristiques des variables			
	Types	Présence/absence	Nb de catégorie	Échelle
Facteurs prédictifs cliniques				
Antécédents d'origine musculosquelettique ayant engendré une absence prolongée du travail	Dichotomique	√		
Assiduité au travail (absence d'antécédents musculosquelettiques ayant engendrés une absence prolongée du travail)	Dichotomique	√		
Déconditionnement physique généralisé	Dichotomique	√		
Absence de déconditionnement physique	Dichotomique	√		
Présence de séquelles (de :)	Dichotomique	√		
Présence de limitations fonctionnelles	Dichotomique	√		
Facteurs prédictifs psychosociaux				
Mesure de la perception d'incapacité au travail (Score Roland Morris/IDVQ)	Continue			0-100
Mesure de la kinésiophobie (Score Échelle TAMPA)	Continue			0-100
Mesure de la détresse psychologique (Score questionnaire ILLFED)	Continue			0-100
Perception d'une lésion grave et/ou d'une incapacité physique importante	Dichotomique	√		
Craintes élevées d'une rechute possible et/ou d'une aggravation dans le cadre d'une éventuelle réactivation	Dichotomique	√		
Présence d'événement significatif récent d'ordre personnel (Événement concomitant; décès, maladie, problèmes familiaux, problèmes conjugaux, etc...)	Dichotomique	√		
Isolement social	Dichotomique	√		
Travailleur ne disposant que de peu de stratégies actives de gestion de la douleur	Dichotomique	√		

Facteurs prédictifs et obstacles	Caractéristiques des variables			
	Types	Présence/absence	Nb de catégorie	Échelle
Facteurs prédictifs psychosociaux				
Travailleur a su développer et appliquer des méthodes de gestion de la douleur lui donnant des résultats satisfaisants	Dichotomique	√		
Motifs à la réactivation/mobilisation peu observés (passivité, opposition tacite)	Dichotomique	√		
Travailleur s'investit activement dans le processus	Dichotomique	√		
Profil cognitif déficient A; Carence importante de stratégies d'adaptation à la douleur et en général	Dichotomique	√		
Profil cognitif déficient B; Limites intellectuelles	Dichotomique	√		
Profil cognitif déficient C; Troubles de personnalité	Dichotomique	√		
Profil cognitif déficient D; Traumatisme antérieur (douleur=somatisation)	Dichotomique	√		
Facteurs prédictifs occupationnels				
Durée de l'arrêt de travail (en semaines)	Continue			semaine
Titre d'emploi	Catégorique		> de 100	
Secteur d'activité de l'entreprise	Catégorique		9	
Taille de l'entreprise (0-50, 50-100, 100+)	Catégorique		3	
Ancienneté (en année)	Continue			Année
Ancienneté récente chez l'employeur	Dichotomique	√		
Ancienneté de longue date chez le présent employeur	Dichotomique	√		
Absence d'un itinéraire stable du travailleur / peu de valeurs orientées vers le travail	Dichotomique	√		

Facteurs prédictifs et obstacles	Caractéristiques des variables			
	Types	Présence/absence	Nb de catégorie	Échelle
Facteurs prédictifs occupationnels				
Travailleur ne se projette pas dans un éventuel retour à l'emploi régulier	Dichotomique	√		
Travailleur se projette favorablement dans un retour au travail	Dichotomique	√		
Travailleur exprime plusieurs motifs favorables à un retour au travail. (apprécie son travail, impact financier...)	Dichotomique	√		
Absence d'emploi / d'employeur au dossier	Dichotomique	√		
Absence d'orientation professionnelle clairement définie	Dichotomique	√		
Tentatives de Retour au Travail interrompues en raison d'une augmentation du syndrome douloureux	Dichotomique	√		
Démarches infructueuses de réintégration au travail: l'employeur invoquant l'absence de travaux légers disponibles	Dichotomique	√		
Structure d'accueil semble favorable à un retour au travail	Dichotomique	√		
Degré d'insatisfaction professionnelle élevée	Dichotomique	√		
Degré de stress professionnel élevé	Dichotomique	√		
Travailleur a maintenu des contacts réguliers auprès de son employeur	Dichotomique	√		
Employeur a maintenu des contacts réguliers auprès de son employé	Dichotomique	√		
Désaccord entre médecin expert de l'employeur / médecin expert du BME	Dichotomique	√		
Contestation au dossier	Dichotomique	√		
Présence possible de gains secondaires d'ordre financier	Dichotomique	√		

ANNEXE D

DRAPEAUX ROUGES

Facteurs prédictifs et obstacles	Caractéristiques des variables			
	Types	Présence/absence	Nb de catégorie	Échelle
Facteurs prédictifs occupationnels				
Travailleur indique que les exigences de son travail régulier ne rencontrent pas ses capacités actuellement	Dichotomique	√		
Certains poids sont jugés trop lourds actuellement	Dichotomique	√		
Présence de certaines postures contraignantes	Dichotomique	√		
Certains poids sont jugés trop lourds et associés à des postures contraignantes	Dichotomique	√		
Caractère imprévisible de certaines tâches	Dichotomique	√		
Insuffisance de temps de repos	Dichotomique	√		
Cycle de travail à composante répétitive	Dichotomique	√		
Statisme prolongé de la posture de travail	Dichotomique	√		
Présence de vibration	Dichotomique	√		
Absence de facteurs de risque au sein de l'environnement de travail	Dichotomique	√		
Relations de travail jugées insatisfaisantes par le travailleur	Dichotomique	√		
Relations de travail jugées satisfaisantes par le travailleur	Dichotomique	√		
Relations de travail jugées tendues par le travailleur	Dichotomique	√		
Organisation du travail décrite comme déficiente par le travailleur	Dichotomique	√		
Équipements de travail jugés inadéquats par le travailleur	Dichotomique	√		

Facteurs prédictifs et obstacles	Caractéristiques des variables			
	Types	Présence/absence	Nb de catégorie	Échelle
Facteurs prédictifs liés aux soins de santé				
Durée du programme PRÉVICAP	Continue			semaine
Médical inachevé	Dichotomique	√		
Perception par le travailleur d'un médical inachevé	Dichotomique	√		
Multitude d'interventions parallèles depuis le fait accidentel	Dichotomique	√		
Perception d'un échec thérapeutique en fonction des interventions reçues (résultats insatisfaisants)	Dichotomique	√		
Perception par le travailleur d'une insuffisance de soins	Dichotomique	√		
Inactivité pré-référence, prolongée (≥ à 3 mois) (délai CSST, activation du dossier retardé)	Dichotomique	√		

LISTE DES DRAPEAUX ROUGES

Drapeaux rouges	Présence/ Absence
Douleur prédominante la nuit ou au repos. Augmentation de la douleur en position allongée. Douleur récalcitrante croissante, augmentant de façon exponentielle	√
Raideur matinale de 1 heure ou plus peut être un indice de maladie inflammatoire	√
Claudication intermittente peut être un signe de maladie vasculaire périphérique	√
Claudication intermittente peut être un signe de sténose lombaire	√
SCHOBER < 3 ; en l'absence d'antécédents de fusion lombaire peut indiquer une tumeur, une infection ou maladie inflammatoire	√
Douleur très vive à la palpitation et/ou percussion peut être le signe d'une infection vertébrale	√
Absence de pouls périphérique peut être un signe de maladie vasculaire périphérique	√
Anomalie des réflexes peut indiquer une atteinte neurologique	√
Présence d'un signe de Babinski peut indiquer une atteinte centrale	√
Tension radiculaire	√
Radiculopathie	√
Présence d'un syndrome de queue de cheval	√
Déficit sensitivo-moteur	√

ANNEXE E

QUESTIONNAIRES AUTO-ADMINISTRÉS

Questionnaire Roland-Morris

Source:

Roland, M. & Morris, R. (1983). A study of the natural history of back pain. Development of a reliable and sensitive measure of disability in low back pain. *Spine*, 8, 141-4.

Description:

Le Questionnaire Roland-Morris est un instrument mesurant la perception qu'a le sujet de son incapacité due à son mal de dos. Il s'agit de la version modifiée du Sickness Impact Profile, une mesure d'état de santé générique, développé spécifiquement pour les maux de dos. Il est auto-administré et composé de 24 énoncés qui concernent à la fois l'impact du mal de dos au niveau physique et psychologique. La personne doit cocher, parmi ces énoncés, ceux qui se rapportent à sa situation d'aujourd'hui.

Population à l'étude :

Personnes ayant des maux de dos.

Qualités psychométriques :

Une version française du Questionnaire Roland-Morris a été développée par (Coste et al., 1993). La fidélité test-retest de cette version était bonne (ICC=0.89), ainsi que la cohérence interne (Coste et al., 1993 ; Roland & Morris, 1983). Le questionnaire Roland-Morris a été démontré sensible au changement mesuré suite à des traitements de réadaptation, particulièrement pour une population ayant un niveau d'incapacité peu élevé (Leclaire et al., 1997; Stratford et al., 1994). Il s'agit d'un instrument recommandé d'utiliser en recherche sur les maux afin de standardiser la mesure de résultats auprès de cette population (Deyo et al., 1998).

Cotation :

Compter le nombre d'énoncés que la personne a cochés. Ensuite, diviser ce score par 24 et multiplier par 100. Vous obtenez ainsi un score sur 100. Plus le score au questionnaire Roland-Morris est élevé, plus la perception d'incapacité est élevée. Un score plus élevé que 50 est généralement signe d'une perception importante d'incapacité par le travailleur.

Références :

- Coste, J. et al. (1993). Validation française d'une échelle d'incapacité fonctionnelle pour l'évaluation des lombalgies. *Revue du Rhumatisme*, 60, 335-41.
- Deyo, R.A. et al. (1998). Outcome measures for low back pain research. A proposal for standardized use. *Spine*, 23, 2003-13.
- Leclaire, R., Blier, F., Fortin, L., Proulx, R. (1997). A Cross-sectional Study Comparing the Oswestry and Roland-Morris Functional Disability Scales in Two Populations of Patients With Low Back Pain of Different Levels of Severity. *Spine*, 22, 68-71.
- Roland, M. & Morris, R. (1983). A study of the natural history of back pain. Development of a reliable and sensitive measure of disability in low back pain. *Spine*, 8, 141-4.
- Statford, P.W., Binkley, J., Solomon, P., Gill, C., Finch, E. (1994). Assessing change over time in patients with low back pain. *Physical Therapy*, 74, 528-33.

QUESTIONNAIRE DE ROLAND-MORRIS

Non et prénom : _____

Date : _____

Une liste de phrases vous est proposée sur la page suivante.

Ces phrases décrivent certaines difficultés à effectuer une activité physique quotidienne directement en rapport avec votre douleur lombaire.

Lisez ces phrases une par une avec attention en ayant bien à l'esprit l'état dans lequel vous êtes *aujourd'hui* à cause de votre douleur lombaire.

Quand vous lirez une phrase qui correspond bien à une difficulté qui vous affecte *aujourd'hui*, cochez-là.

Dans le cas contraire, laissez un blanc et passez à la phrase suivante.

Souvenez-vous bien de ne cocher que les phrases qui s'appliquent à vous-même *aujourd'hui*.

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. Je reste pratiquement tout le temps à la maison à cause de mon dos..... | <input type="checkbox"/> |
| 2. Je change souvent de position pour soulager mon dos..... | <input type="checkbox"/> |
| 3. Je marche plus lentement que d'habitude à cause de mon dos..... | <input type="checkbox"/> |
| 4. À cause de mon dos, je n'effectue aucune des tâches que j'ai l'habitude de faire à la maison... | <input type="checkbox"/> |
| 5. À cause de mon dos, je m'aide de la rampe pour monter les escaliers..... | <input type="checkbox"/> |
| 6. À cause de mon dos, je m'allonge plus souvent pour me reposer..... | <input type="checkbox"/> |
| 7. À cause de mon dos, je suis obligé(e) de prendre un appui pour sortir d'un fauteuil..... | <input type="checkbox"/> |
| 8. À cause de mon dos, j'essaie d'obtenir que d'autres fassent des choses à ma place..... | <input type="checkbox"/> |
| 9. À cause de mon dos, je m'habille plus lentement que d'habitude..... | <input type="checkbox"/> |
| 10. Je ne reste debout que de courts moments à cause de mon dos..... | <input type="checkbox"/> |
| 11. À cause de mon dos, j'essaie de ne pas me baisser ni de m'agenouiller..... | <input type="checkbox"/> |
| 12. À cause de mon dos, j'ai du mal à me lever d'une chaise..... | <input type="checkbox"/> |
| 13. J'ai mal au dos la plupart du temps..... | <input type="checkbox"/> |
| 14. À cause de mon dos, j'ai des difficultés à me retourner dans mon lit..... | <input type="checkbox"/> |
| 15. J'ai moins d'appétit à cause de mon mal de dos..... | <input type="checkbox"/> |
| 16. À cause de mon mal de dos, j'ai du mal à mettre mes chaussettes (ou bas/collants)..... | <input type="checkbox"/> |
| 17. Je ne peux marcher que sur de courtes distances à cause de mon mal de dos..... | <input type="checkbox"/> |
| 18. Je dors moins à cause de mon mal de dos..... | <input type="checkbox"/> |
| 19. À cause de mon dos, quelqu'un m'aide à m'habiller..... | <input type="checkbox"/> |
| 20. À cause de mon dos, je reste assis(e) la plus grande partie de la journée..... | <input type="checkbox"/> |
| 21. À cause de mon dos, j'évite de faire de gros travaux à la maison..... | <input type="checkbox"/> |
| 22. À cause de mon mal de dos, je suis plus irritable que d'habitude et de mauvaise humeur avec les gens..... | <input type="checkbox"/> |
| 23. À cause de mon dos, je monte les escaliers plus lentement que d'habitude..... | <input type="checkbox"/> |
| 24. À cause de mon dos, je reste au lit la plupart du temps..... | <input type="checkbox"/> |
-

Indice d'Impact des Douleurs du cou et des membres supérieurs sur la Vie Quotidienne (IDVQ)

Source:

Stock, S., Loisel, P., Durand, M.-J., Streiner, D., Tugwell, P., Reardon, R., et al. (2003). IDVQ: l'indice d'impact de la douleur au cou et aux membres supérieurs sur la vie quotidienne (No. A-355). Montréal: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité au travail. pp. 1-64.

Description:

Le questionnaire IDVQ est un instrument mesurant le concept de perception d'incapacité pour les personnes atteintes d'un TMS du cou et des membres supérieurs. Il permet d'évaluer l'impact du TMS du cou et des membres supérieurs sur le travail, les activités physiques, le sommeil et autres dimensions psychosociales. La version définitive de ce questionnaire est composée de 20 questions. Il est auto-administré et pour chaque question, la personne doit répondre sur une échelle de fréquence à 7 niveaux allant de jamais à tout le temps.

Population à l'étude :

Travailleur ayant subi des lésions musculosquelettiques des tissus mous du membre supérieur ou du cou, provenant de l'Ontario pour la version en anglais et du Québec pour la version en français.

Qualités psychométriques :

L'IDVQ a démontré une forte fiabilité test-retest ($r =$ de 0,83 à 0,88) et cohérence interne ($\alpha =$ de 0,90 à 0,93) (Stock et al.; Stock et al., 2003). De plus il a été démontré sensible au changement (Stock et al.; Stock et al., 2003). Cet outil présente également une bonne validité convergente selon les corrélations à plusieurs mesures objectives et subjectives d'exams physiques, de douleur et de mesures génériques de l'état de santé (Stock et al.; Stock et al., 2003). Il a aussi démontré de bonnes qualités au niveau de la validité de construit en discriminant entre les personnes absentes du travail et celles qui travaillent (Stock et al., 2003). L'IDVQ-20 se présente sous un format court et facile à compléter (Stock et al., 2003).

Cotation :

Le score est obtenu par la somme des 20 items en soustrayant 1 à chacune des réponses et en excluant les réponses inconnues. Ensuite, diviser par le nombre d'items répondus, puis diviser encore par 6 et multiplier par 100. Ceci donne un score sur une échelle de 0 à 100. Un score élevé est généralement signe d'une perception importante d'incapacité par le travailleur.

Références :

- Stock, S., Loisel, P., Durand, M.-J., Streiner, D., Tugwell, P., Lemaire, J., et al. The Neck and Upper Limb Index (NULI): Part 2. Reliability, sensitivity to change and other validity testing (submitted).
- Stock, S., Loisel, P., Durand, M.-J., Streiner, D., Tugwell, P., Reardon, R., et al. (2003). IDVQ: l'indice d'impact de la douleur au cou et aux membres supérieurs sur la vie quotidienne (No. A-355). Montréal: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité au travail. pp. 1-64.

Indice d'Impact des Douleurs du cou et des membres supérieurs sur la Vie Quotidienne



PREVICAP
Centre de recherche
Hôpital Charles-LeMayne



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

Direction de la santé publique

INDICE D'IMPACT DES DOULEURS DU COU ET DES MEMBRES SUPÉRIEURS SUR LA VIE QUOTIDIENNE (IDVQ-20)

CONSIGNES POUR REMPLIR CE QUESTIONNAIRE

Par ce questionnaire, nous voulons obtenir des informations sur votre problème au cou ou aux membres supérieurs et votre capacité à effectuer certaines activités. Ceci n'est pas un test et il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Le temps requis pour compléter le questionnaire est d'environ 10 minutes. Nous vous demandons de répondre à toutes les questions.

Dans la section A, vous allez coter votre capacité à faire diverses activités en vous basant sur votre état au cours de la dernière semaine en encerclant le chiffre le plus approprié. Par exemple, encerclez le chiffre « 1 » si vous n'avez aucune difficulté à faire l'activité ou encerclez le chiffre « 7 » si vous êtes incapable de faire l'activité, ceci dépendamment du niveau de difficulté que vous avez avec l'activité ou la situation énoncée dans la question. Si vous n'avez pas eu l'opportunité de faire une certaine activité durant la dernière semaine, nous vous demandons d'estimer le mieux possible laquelle des réponses serait la plus précise. Il importe peu que vous utilisiez l'une ou l'autre des deux mains ou bras pour faire l'activité; nous vous demandons de répondre concernant votre capacité d'effectuer l'activité sans vous soucier de la façon dont vous la faites.

Les questions 7 à 10 qui portent sur le travail réfèrent à votre travail habituel. Si vous n'aviez pas d'emploi avant votre blessure, veuillez répondre « ne s'applique pas » à ces questions.

Prenez note que pour la section B (questions 12 à 20), les chiffres de « 1 » à « 7 » mesurent la fréquence à laquelle vous êtes en présence de la situation énoncée dans la question (ex. : « 1 » veut dire « jamais » et « 7 » veut dire « tout le temps »).

Il faut répondre « ne s'applique pas » si une question réfère à une activité que vous ne faites pas habituellement ou encore si la situation décrite dans la question n'est pas liée à votre problème au cou ou aux membres supérieurs.

SECTION A

Quel degré de difficulté avez-vous ou auriez-vous **MAINTENANT** avec les activités ou les situations suivantes, À CAUSE DE VOTRE PROBLÈME ?

MAINTENANT veut dire au cours des sept derniers jours.

1	2	3	4	5	6	7
Aucune difficulté	Un peu difficile	Assez difficile	Moyennement difficile	Très difficile	Extrêmement difficile	Je ne peux pas le faire

NE S'APPLIQUE PAS

Cochez " ne s'applique pas " si la question ne s'applique pas ou si vous ne savez pas

1	Vous laver, vous habiller, vous arranger ou manger ?						
	1	2	3	4	5	6	7

NE S'APPLIQUE PAS

2	Vous laver le dessus de la tête ou laver, sécher ou arranger vos cheveux ?						
	1	2	3	4	5	6	7

NE S'APPLIQUE PAS

3	Atteindre votre dos (par exemple pour laver ou essuyer votre dos, pour sortir votre portefeuille de votre poche arrière ou pour attacher votre soutien-gorge ou une fermeture éclair) ?						
	1	2	3	4	5	6	7

NE S'APPLIQUE PAS

4	Faire les tâches à la maison ou vous occuper de votre famille ?						
	1	2	3	4	5	6	7

NE S'APPLIQUE PAS

5	Ouvrir des boîtes de conserve ou des pots, tourner des clés, des robinets ou des poignées de porte ?						
	1	2	3	4	5	6	7

NE S'APPLIQUE PAS

6	Transporter des sacs d'épicerie, des caisses de bière ou de boissons gazeuses, ou sortir les déchets de la maison ?						
	1	2	3	4	5	6	7

NE S'APPLIQUE PAS

Quel degré de difficulté avez-vous ou auriez-vous **MAINTENANT** avec les activités ou les situations suivantes, **À CAUSE DE VOTRE PROBLÈME ?**

MAINTENANT veut dire au cours des sept derniers jours.

1	2	3	4	5	6	7
Aucune difficulté	Un peu difficile	Assez difficile	Moyennement difficile	Très difficile	Extrêmement difficile	Je ne peux pas le faire

NE S'APPLIQUE PAS

Cochez " ne s'applique pas " si la question ne s'applique pas ou si vous ne savez pas

7 Faire la vitesse de travail que l'on attend de vous ?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

NE S'APPLIQUE PAS

8 Faire la quantité de travail que l'on attend de vous ?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

NE S'APPLIQUE PAS

9 À votre travail, étirer les bras vers l'avant, vers l'arrière, vers le haut, vers le bas ou sur les côtés, de façon répétitive ou en forçant ?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

NE S'APPLIQUE PAS

10 À votre travail, soulever (des objets ou des personnes) ?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

NE S'APPLIQUE PAS

11 Faire de l'exercice, pratiquer des sports ou faire d'autres activités de loisir comme s'adonner à des hobbies ou jouer des jeux de société ?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

NE S'APPLIQUE PAS

SECTION B

À quelle fréquence vivez-vous, **MAINTENANT**, les situations ou les émotions suivantes, À CAUSE DE VOTRE PROBLÈME ?

MAINTENANT veut dire au cours des sept derniers jours.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Quelquefois	De temps en temps	Souvent	Très souvent	Tout le temps

NE S'APPLIQUE PAS

Cochez " ne s'applique pas " si la situation n'est pas liée à votre problème

12 Je me sens anxieux(se), nerveux(se), inquiet(ète).

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

NE S'APPLIQUE PAS

13 Je me sens triste, déprimé(e).

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

NE S'APPLIQUE PAS

14 Je me sens irritable, frustré(e) ou en colère.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

NE S'APPLIQUE PAS

15 J'ai moins de plaisir dans la vie.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

NE S'APPLIQUE PAS

16 Je sens que je ne peux pas prendre soin de ma famille comme d'habitude.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

NE S'APPLIQUE PAS

17 J'ai peur de ne plus être capable de gagner ma vie à l'avenir.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

NE S'APPLIQUE PAS

À quelle fréquence vivez-vous, **MAINTENANT**, les situations ou les émotions suivantes,
À CAUSE DE VOTRE PROBLÈME ?

MAINTENANT veut dire au cours des sept derniers jours.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Quelquefois	De temps en temps	Souvent	Très souvent	Tout le temps

NE S'APPLIQUE
PAS

Cochez " ne
s'applique pas " si
la situation n'est
pas liée à votre
problème

18

Je me réveille pendant la nuit parce que je sens de la douleur, des
engourdissements ou des picotements.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

NE S'APPLIQUE
PAS

19

Je dors mal.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

NE S'APPLIQUE
PAS

20

Je ressens de la douleur ou de l'inconfort (ou des effets secondaires négatifs)
pendant ou après les examens, les traitements ou les thérapies pour mon
problème au cou ou au membre supérieure.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

NE S'APPLIQUE
PAS

**Pour plus d'information sur ce questionnaire,
veuillez contacter :**

Dr. Susan Stock

Unité de santé au travail et santé environnementale

Direction de la santé publique

1301, rue Sherbrooke est

Montréal (Québec) H2L 1M3

Canada

Téléphone : (514)528-2400

Télécopieur : (514)528-2459

Courrier électronique : sstock@santepub-mtl.qc.ca

Échelle de kinésiophobie de Tampa (TSK-CF)

Source :

Miller, R.P. & al. (1991). The Tampa Scale. Unpublished Report, Tampa, FL.

Description:

Ce questionnaire est composé de 17 items. Il évalue la peur du mouvement et de se blesser à nouveau. Chaque item doit être coté en fonction d'une échelle de Likert à quatre niveaux où 1 signifie « n'est pas du tout d'accord » et 4 « est tout à fait d'accord » avec l'énoncé.

Population à l'étude :

Personnes présentant des maux de dos chroniques.

Qualités psychométriques :

Une étude de Vlaeyen & Al. (1995) a démontré la fidélité et la validité concomitante de l'instrument. Des corrélations positives entre la peur du mouvement et la peur de se blesser à nouveau ont été observées avec des mesures reliées au concept de douleur et de détresse affective (peur, dépression). Par ailleurs, une version française canadienne de l'outil a été développée par l'Université de Moncton (French et al., 2002) et a démontré des résultats adéquats concernant la consistance interne ($\alpha=0.71$) et la validité de construit de l'outil pour lesquels une association a été obtenue entre le score au TSK et des mesures de douleur, d'incapacité, de dépression, d'anxiété et de retour au travail. De plus, l'étude de Cissé (2005) a démontré une bonne sensibilité au changement du TSK-CF.

Cotation :

Additionner les scores obtenus pour chacun des items en inversant les scores pour les questions marquées d'un astérisque, soit les questions 4, 8, 12 et 16 (1 devient 4, 2 devient 3, 3 devient 2 et 4 devient 1). Vous obtiendrez un score de 68. Un score élevé signifie une plus grande peur du mouvement et de se blesser à nouveau.

Références :

- Cissé, A. (2005). Étude de la sensibilité au changement de l'échelle de kinésiophobie de Tampa chez les clients présentant une lombalgie persistant. Unpublished master thesis, Université de Sherbrooke, Longueuil
- French, D.J., Roach, P.J. (2000). Peur du mouvement chez les accidents du travail. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 34, 28-33
- Vlaeyen, J.W.S., Kole-Snijders, A.M., Boeren, R.G., van Eek, H. (1995). Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. *Pain*, 62, 363-72.

ÉCHELLE TAMPA (TSK-CF)

Consignes : Veuillez lire attentivement chaque question
et encircler le numéro qui correspond le mieux
à vos sentiments.

Fortement	Quelque peu	Quelque peu	Fortement
-----------	-------------	-------------	-----------

1. J'ai peur de me blesser si je fais de l'activité physique	1	2	3	4
2. Ma douleur ne ferait qu'intensifier si j'essayais de la vaincre	1	2	3	4
3. Mon corps me dit que quelque chose ne va vraiment pas	1	2	3	4
4. Si je faisais de l'activité physique, ma douleur serait probablement soulagée*	1	2	3	4
5. Les gens ne prennent pas mon état de santé assez au sérieux	1	2	3	4
6. Mon accident a mis mon corps en danger pour le reste de mes jours	1	2	3	4
7. La douleur signifie toujours que je me suis blessé(e)	1	2	3	4
8. Même si quelque chose aggrave ma douleur, cela ne veut pas dire que c'est dangereux *	1	2	3	4
9. J'ai peur de me blesser accidentellement	1	2	3	4
10. La meilleure façon d'empêcher que ma douleur s'aggrave est de m'assurer de ne pas faire des mouvements inutiles	1	2	3	4
11. Je n'aurais pas tant de douleurs s'il ne se passait pas quelque chose de grave dans mon corps	1	2	3	4
12. Bien que ma condition soit pénible, je serais mieux si j'étais physiquement actif(ve)*	1	2	3	4
13. La douleur m'indique quand arrêter de faire des activités physiques pour que je ne me blesse pas	1	2	3	4
14. Il n'est pas prudent qu'une personne avec un état de santé comme le mien soit physiquement active	1	2	3	4
15. Je ne peux pas faire tout ce qu'une personne normale peut faire parce que j'ai plus de risques de me blesser	1	2	3	4
16. Bien qu'il y ait quelque chose qui me cause beaucoup de douleurs, je ne pense pas que ce soit vraiment grave *	1	2	3	4
17. Personne ne devrait être obligé de faire des exercices lorsqu'il(elle) ressent de la douleur	1	2	3	4

Source: French, D.J. et Roach, P.J., 2000

Inventaire de détresse psychologique (IDP)

Source :

Illfeld, F. (1976). Methodological issues in relating psychiatric symptoms to social stressors. *Psychological Reports*, 39, 1251-8.

Description:

L'IDP est un instrument mesurant la détresse psychologique obtenu à partir d'une modification de l'échelle Psychiatric Symptom Index. Il est composé de 14 questions où la personne doit répondre à quelle fréquence elle s'est sentie de différentes façons durant la dernière semaine en fonction d'une échelle à quatre niveaux.

Population à l'étude :

Population générale, utilisée dans le cadre des questionnaires Enquête Santé Québec.

Qualités psychométriques :

L'IDP a démontré une bonne consistance interne (α de Cronbach=.89) (Préville et al., 1992). Une étude récente, a aussi démontré que l'IDP était sensible au changement (Coutu et al., 2005). Également l'étude de Préville et al. (2000) a démontré que l'IDP avait une bonne validité de construit avec les symptômes affectif et cognitifs. Une étude récente a aussi démontré que le Psychiatric Symptom Index mesurait 7 sur 9 des critères permettant de reconnaître les symptômes associés à une dépression majeure et 5 sur 8 des critères associés à un trouble d'anxiété généralisé (Okun et al., 1996). L'outil avait une validité de contenu comparable aux CES-Depression Scale et State-trait Anxiety Inventory (Okun et al., 1996). L'étude supportait l'application de son utilisation en recherche.

Cotation :

Le score est obtenu par la somme des 14 items en soustrayant 1 à chacune des réponses et en excluant les réponses inconnues. Diviser par la suite ce nombre par 14 moins le nombre de questions invalides multiplié par 3. Par exemple, si toutes les questions sont valides, on divisera par 14×3 , soit 42. Le nombre obtenu est ensuite multiplié par 100.

En résumé, suivre la formule suivante :

$$\text{Score IDP} = \frac{(\text{somme des scores} - \text{nombre de questions valides})}{((14 - \text{nombre de questions invalides}) \times 3)} \times 100$$

Plus le score est élevé, plus la détresse psychologique du sujet est grande.

Références :

- Coutu, M. F., Durand, M. J., Loisel, P., Dupuis, G., & Gervais, S. (2005). Measurement properties of a new quality of life measure for patients with work disability associated with musculoskeletal pain. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(3), 295-312.
- Okun, A., Stein, R.E., Bauman, L.J. & Silver, E.J. (1996). Content validity of the Psychiatric Symptoms Index, CES-Depression Scale and State-trait Anxiety Inventory from the perspective of the DSM-IV. *Psychological Reports*, 79, 1059-1069.
- Préville, M., Boyer, R. et Potvin, L. (1992). La détresse psychologique: détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'Enquête Santé Québec. Québec : Santé Québec.
- Préville, M., Potvin, L., Boyer, R. et Boulerice, B. (2000). Relationship Between Physical Health Status and Responses to a Psychological Distress Measure. *Canadian Journal on Aging*, 19, 363-379.

INVENTAIRE DE DETRESSE PSYCHOLOGIQUE (IDP)

Les questions qui suivent portent sur divers aspects de votre santé. La façon dont vous vous êtes senti(e) durant la dernière semaine a pu être différente de celle dont vous vous êtes senti(e) l'année passée. Pouvez-vous nous dire avec quelle fréquence ?

Au cours de la dernière semaine :	Jamais	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent
1. Vous êtes-vous senti(e) désespéré(e) en pensant à l'avenir ?	1	2	3	4
2. Vous êtes-vous senti(e) seul(e) ?	1	2	3	4
3. Avez-vous eu des blancs de mémoire ?	1	2	3	4
4. Vous êtes-vous senti(e) découragé(e) ou avez-vous eu les «bleus» ?	1	2	3	4
5. Vous êtes-vous senti(e) tendu(e) ou sous pression ?	1	2	3	4
6. Vous êtes-vous laissé(e) emporter contre quelqu'un ou quelque chose ?	1	2	3	4
7. Vous êtes-vous senti(e) ennuyé(e) ou peu intéressé(e) par les choses ?	1	2	3	4
8. Avez-vous ressenti des peurs ou des craintes ?	1	2	3	4
9. Avez-vous eu des difficultés à vous souvenir des choses ?	1	2	3	4
10. Avez-vous pleuré facilement ou vous êtes-vous senti(e) sur le point de pleurer ?	1	2	3	4
11. Vous êtes-vous senti(e) agité(e) ou nerveux(se) intérieurement ?	1	2	3	4
12. Vous êtes-vous senti(e) négatif(ve) envers les autres ?	1	2	3	4
13. Vous êtes-vous senti(e) facilement contrarié(e) ou irrité(e) ?	1	2	3	4
14. Vous êtes-vous fâché(e) pour des choses sans importance ?	1	2	3	4

Résultat : _____

Échelle numérique de douleur

Source:

Turk, D.C., Melzack, R. (1992). Handbook of pain assessment. New York: The Guilford Press.

Description:

L'échelle numérique de douleur consiste à demander à la personne de coter sa douleur sur une échelle variant de 0 à 10 (échelle à 11 niveaux) où 0 représente « aucune douleur » et 10 « une douleur extrême qui ne pourrait être pire ». Le niveau que la personne choisit représente le score d'intensité de sa douleur.

Population à l'étude :

Personnes présentant de la douleur aiguë ou chronique.

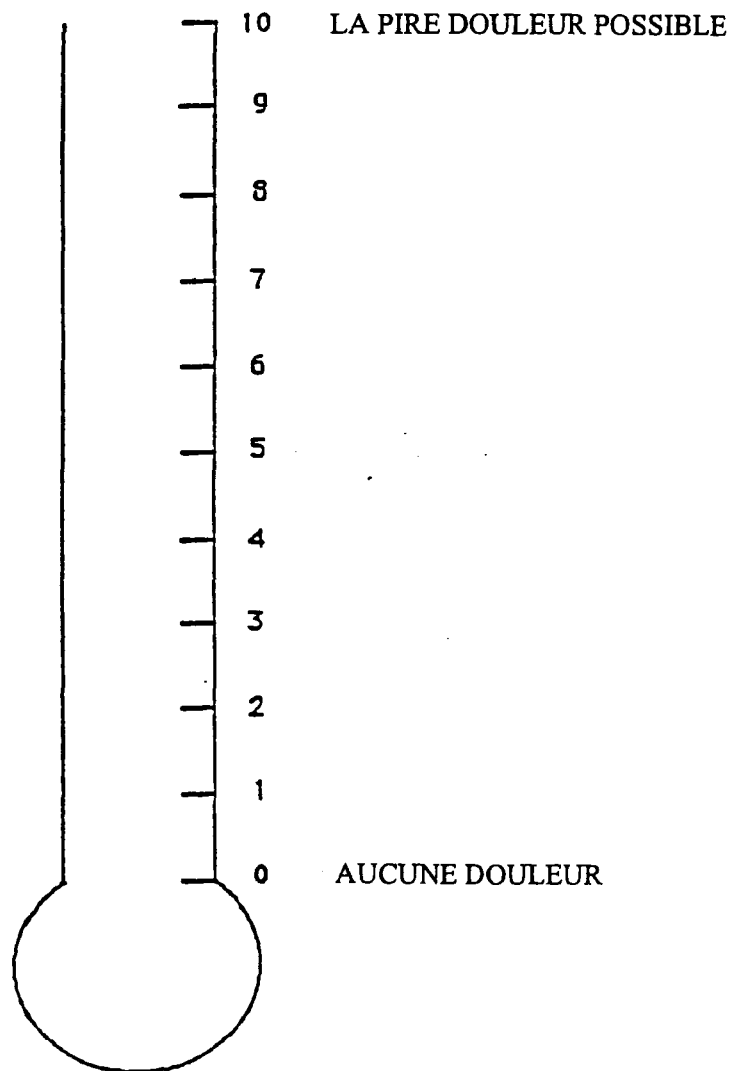
Qualités psychométriques :

L'étude de Ferraz & et al (1990) a démontré une bonne fidélité test-retest de l'échelle numérique de douleur. La validité de cette échelle de douleur a aussi été bien documentée (Turk & Melzack, 1992). Plusieurs études ont démontré une bonne corrélation entre l'échelle numérique de douleur et d'autres mesures d'intensité de la douleur (Jensen et al., 1986; Jensen et al., 1989). Elle a aussi été démontrée sensible au changement suite à des traitements attendus d'avoir un impact sur la douleur (Jensen et al., 1986; Jensen et al., 1989; Von Korff et al., 2000). Elle est facile à administrer et peut être utilisée lors d'entrevues téléphoniques.

Références :

- Ferraz, M. B., Quaresma, M. R., Aquino, L. R., Atra, E., Tugwell, P., & Goldsmith, C. H. (1990). Reliability of pain scales in the assessment of literate and illiterate patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Rheumatology*, 17(8), 1022-1024
- Jensen, M.P., Karoly, P. & Braver, S. (1986). The measurements of clinical pain intensity: A comparison of six methods. *Pain*, 27, 117-126.
- Jensen, M.P. et al. (1989). The subjective experience of acute pain: An assessment of the utility of 10 indices. *Clinical Journal of Pain*, 5, 153-159.
- Turk, D.C., Melzack, R. (1992). Handbook of pain assessment. New York: The Guilford Press.
- Von Korff, M., Jensen, M. P., & Karoly, P. (2000). Assessing global pain severity by self-report in clinical and health services research. *Spine*, 25(24), 3140-3151.

ÉCHELLE NUMÉRIQUE DE DOULEUR



ANNEXE F

QUESTIONNAIRE TÉLÉPHONIQUE

QUESTIONNAIRE DE SUIVI POST-INTERVENTION

Bonjour M./Mme _____,

Mon nom est ... et j'appelle de PRÉVICAP. J'aimerais effectuer un suivi sur votre condition et vous poser quelques questions sur le programme que vous avez fait. Le tout devrait prendre environ 10 minutes. Est-ce que vous acceptez?

A. Depuis la fin du traitement chez PRÉVICAP, trouvez-vous que le problème pour lequel vous avez été traité :

- ☐ S'est amélioré
- ☐ Est resté stable
- ☐ S'est aggravé

B. Actuellement, ressentez-vous de la douleur à cause de ce même problème?

Si oui, sur une échelle de 0 à 10, quelle a été l'intensité de la douleur en moyenne durant la dernière semaine :

Intensité moyenne

C. Depuis la fin du traitement chez PRÉVICAP, vous a-t-il été possible de réintégrer vos activités à la maison et vos activités de loisirs délaissés en raison de votre blessure?

- ☐ Toutes
- ☐ La plupart
- ☐ Quelques-unes
- ☐ Aucune

D. Avez-vous reçu, durant la dernière année, des traitements par un autre professionnel de la santé pour le problème traité chez PRÉVICAP?

- | | | |
|--------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Physiothérapie | <input type="checkbox"/> Médecin-médication |
| <input type="checkbox"/> Chiropratie | <input type="checkbox"/> Ostéopathie | <input type="checkbox"/> Médecin-chirurgie |
| <input type="checkbox"/> Acupuncture | <input type="checkbox"/> Médecin-infiltration | <input type="checkbox"/> Autre _____ |

E. Travaillez-vous actuellement? (arbre de décision, page suivante)

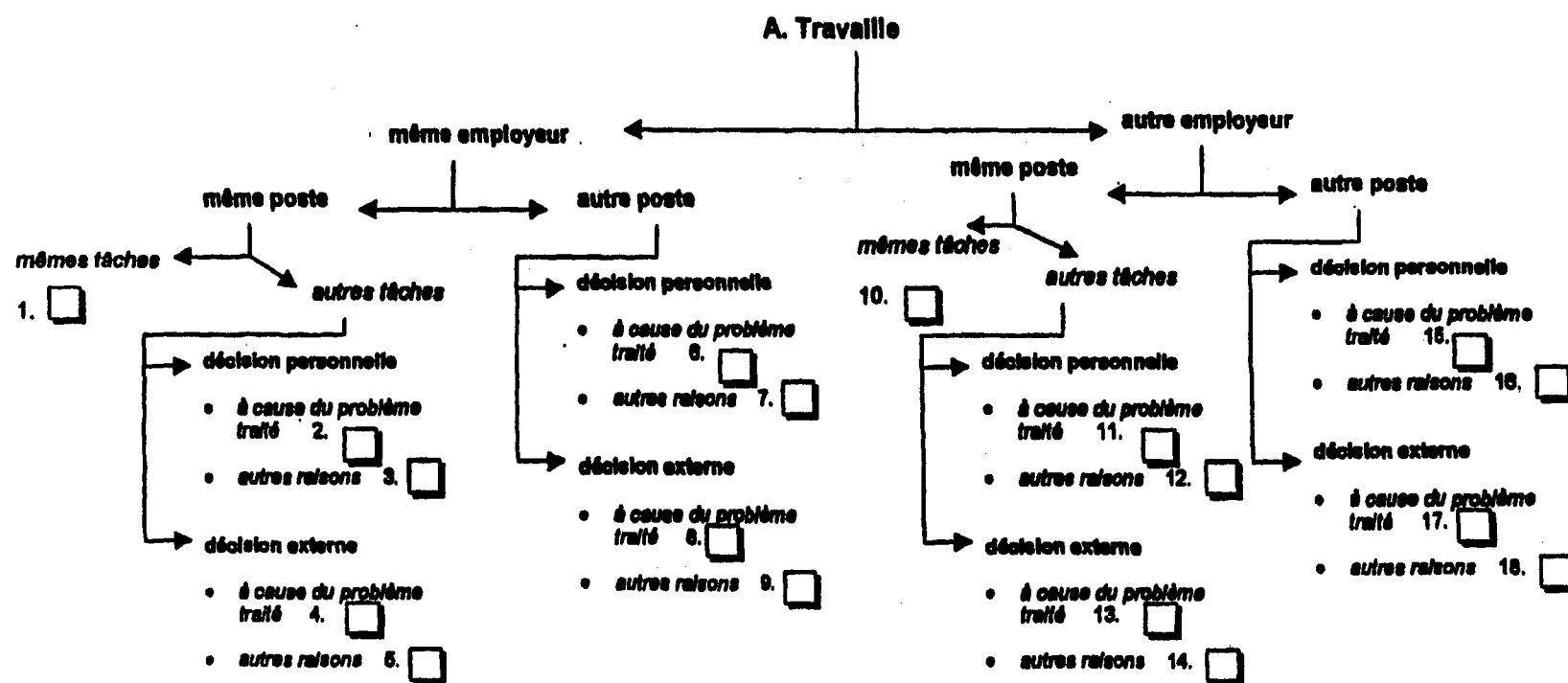
Statut de travail

F. Quel est le niveau d'effort physique que votre emploi vous demande?

- ☐ Pas d'effort
- ☐ Un peu d'effort
- ☐ Un effort moyen
- ☐ Un grand effort
- ☐ Un effort extrême

Merci du temps que vous nous accordez et n'hésitez pas à nous contacter si vous avez des questions. Bonne journée!

STATUT DE TRAVAIL



B. Ne travaille pas à cause du problème traité 19. ☐

C. Sans travail 20. ☐

ANNEXE G

LISTE DES VARIABLES RETIRÉES DE L'ÉTUDE

(ÉTAPE 1 : ANALYSE DE DONÉES)

LISTE DES VARIABLES RETIRÉES DE L'ÉTUDE (ÉTAPE 1; ANALYSE DE DONNÉES)

Variables retirés de l'étude	Critères
Antécédents ou présence de consommation problématique	Fréquence de 0,00%
Travailleur possède une connaissance juste de sa condition	Fréquence de 1,32%
Travailleur a su développer et appliquer des méthodes de gestion de la douleur lui donnant des résultats satisfaisants	Fréquence de 3,51%
Profil cognitif déficient A; Carence importante de stratégies d'adaptation à la douleur	Fréquence de 0,44%
Profil cognitif déficient B; Limites intellectuelles	Fréquence de 0,00%
Profil cognitif déficient C; Traumatisme antérieur (douleur=somatisation)	Fréquence de 0,00%
Profil cognitif déficient D; Trouble de personnalité	Fréquence de 0,00%
Absence d'un itinéraire stable du travailleur /peu de valeurs orientées vers le travail	Fréquence de 3,95%
Absence d'emploi / d'employeur au dossier	Fréquence de 0,88%
Absence d'orientation professionnelle clairement définie	Fréquence de 1,75%
Désaccord entre médecin expert de l'employeur / médecin expert du BME	Fréquence de 4,39%
Travailleur indique que les exigences de son travail régulier ne rencontrent pas ses capacités actuellement	Fréquence de 96,49%
Absence de facteurs de risque au sein de l'environnement de travail	Fréquence de 0,44%
Multitude d'interventions parallèles depuis fait accidentel	Fréquence de 2,63%
Titre d'emploi du participant	Nombre de classes > de 100
Diagnostic	Nombre de classes > de 50
État civil (Marié, Conjoint de fait, Célibataire, Divorcé/séparé, Veuf; avec ou sans enfant, monoparentale)	Données manquantes 22%
Mesure de l'intensité de la douleur (Score échelle visuelle analogue)	Données manquantes 14,4%

ANNEXE H

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ET LETTRES D'AUTORISATION POUR L'EXPLOITATION DE LA BASE DE DONNÉES DU RRTQ

RÉADAPTATION AU TRAVAIL

Formulaire de consentement

Monsieur, Madame

Vous avez été référé(e) au Programme PRÉVICAP du « nom de l'établissement », parce que vous êtes absent(e) de votre travail ou que votre travail est devenu pénible en raison de douleurs persistantes au dos ou aux membres. Le « nom de l'établissement » est un organisme indépendant de votre employeur et de l'organisme qui assure la gestion financière de votre dossier. Cette institution fait partie du réseau en réadaptation au Travail du Québec. Ce réseau est constitué de plusieurs centres de réadaptation qui unissent leurs efforts pour mettre en place des services de réadaptation basés sur des évidences scientifiques et pour promouvoir le développement des connaissances et des pratiques en réadaptation au travail par la recherche et la formation.

Notre but est de vous permettre de retrouver la santé au travail en vous aidant à identifier les différents facteurs qui font obstacle à votre capacité de travailler en santé et à y faire face adéquatement. Notre équipe interdisciplinaire mettra, de façon réaliste, ses connaissances et son écoute à votre disposition, de façon à ce qu'ensemble nous trouvions le meilleur chemin vers le retour au travail et, dans toute la mesure du possible, vers votre travail habituel. Nous travaillerons en collaboration avec votre médecin-traitant, que nous conseillerons. C'est lui qui, en dernier ressort, décidera de votre retour définitif au travail s'il n'a pas déjà consolidé votre lésion. À la fin du programme, nous lui adresserons un rapport synthèse indiquant le résultat de nos interventions ainsi qu'à l'organisme qui assure la gestion financière de votre dossier. Cependant, si c'est votre employeur qui assume la charge financière du programme, un simple sommaire des interventions lui sera adressé.

L'approche et les méthodes que nous utilisons ont été jugées et prouvées efficaces suite à plusieurs études scientifiques de niveau international. Elles ont permis, en particulier, d'accélérer le retour au travail et d'éviter des incapacités prolongées chez de nombreux travailleurs, tout en améliorant de façon importante leur qualité de vie.

Pour réaliser l'objectif du retour au travail, nous vous demanderons de collaborer à certains tests qui nécessiteront votre participation active. Votre douleur sera parfois augmentée temporairement, mais nous prendrons toutes les précautions nécessaires pour que ceci ne nuise pas à votre état de santé. Au contraire, après une augmentation temporaire des douleurs, nous nous attendons à une amélioration globale de votre état de santé et à une diminution durable des douleurs. Enfin, il est possible que nous vous contactions ultérieurement pour faire des suivis sur votre état de santé et votre capacité de travail.

Le programme PRÉVICAP du « nom du centre » continue les recherches pour améliorer les interventions qui vous sont offertes. Certaines données recueillies pourront ainsi être utilisées pour des études statistiques, mais en aucun cas votre nom n'apparaîtra dans ces études ni ne sera transmis à un autre organisme, qu'il soit privé ou public. En outre, il se peut que la participation à un projet de recherche vous soit proposée, ce qui pourra vous donner une chance de bénéficier d'interventions innovatrices. Dans ce cas, les avantages et les risques éventuels vous seront expliqués. Votre participation sera libre et volontaire et un consentement distinct de celui-ci vous sera demandé.

Le programme PRÉVICAP assure également la formation de professionnels en réadaptation au travail. Vous pourrez donc vous trouver en contact avec des intervenants en situation d'apprentissage. Ils seront toujours étroitement supervisés par les professionnels du programme, qui prendront les décisions qui vous concernent. Ils seront également tenus aux mêmes règles de confidentialité que le reste de l'équipe

Pour l'efficacité et la sécurité de votre programme de réadaptation, nous vous demandons de prendre connaissance des règles de fonctionnement (copie jointe) de notre programme et de vous y conformer.

Si, sans raison valable, vous ne vous présentez pas aux rendez-vous qui vous seront fixés, nous devons avertir l'organisme qui assume la charge financière de vos interventions. Cependant, vous conserverez le droit de quitter en tout temps le programme PRÉVICAP « nom de l'établissement ». Dans ce cas, votre départ sera signalé à l'organisme qui assume la charge financière de vos interventions et le rapport décrit ci-dessus lui sera adressé.

Le programme PRÉVICAP est un service de « nom de l'établissement ». Si vous avez des questionnements à propos des examens ou des traitements qui vous sont proposés ou toute autre interrogation qui persiste malgré les explications de vos thérapeutes, vous pouvez vous adresser à la coordonnatrice clinique, xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx. Si vous pensez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez vous adresser au directeur des services professionnels et hospitaliers du « nom de l'établissement », au numéro (xxx) xxxxxxxx.

La prise en charge financière des interventions qui me seront offertes au programme PRÉVICAP est assurée par :

Je reconnais avoir pris connaissance du texte ci-dessus **et des règles de fonctionnement du programme PRÉVICAP.** Ces documents m'ont été expliqués à ma satisfaction et l'avoir compris. En foi de quoi, je confirme, ci-dessous, ma participation volontaire au programme PRÉVICAP. De plus, j'autorise les intervenants du programme à communiquer des informations me concernant et à faire parvenir à mon médecin traitant, Dr _____, aux intervenants de la CSST et au directeur du RRTQ, les rapports et documents suivants :

- Bilans évolutifs (lettre expliquant l'évolution de ma situation tout au long du processus de réadaptation)
- Les plans de retour thérapeutique au travail
- Rapport final

Cette autorisation est valide pour une durée maximale de six (6) mois après le congé du programme PRÉVICAP.

Travailleur :

Représentant du programme PRÉVICAP

Nom et prénom

Nom et prénom

Signature

Signature

Date

Date



CENTRE DE RÉADAPTATION
LA MAISON

une affaire de coeur et de compétence

Rouyn-Noranda, le 12 juillet 2006

Monsieur Patrick Loisel, MD
Professeur titulaire
Université de Sherbrooke
1111, rue St-Charles Ouest
Bureau 101
Longueuil QC J4K 5G4

**Objet : Autorisation pour l'exploitation des données de
l'étude d'implantation du programme PRÉVICAP**

Monsieur,

En réponse à votre lettre du 10 juillet dernier concernant l'objet précité, Il me fait plaisir de vous donner l'autorisation requise pour procéder à l'exploitation de l'ensemble des données récoltées.

Je suis même très heureuse de constater qu'il y a une suite à ce beau projet d'expérimentation en termes de recherche. C'est une approche à laquelle nous avons cru et croyons toujours. J'espère qu'un jour, elle saura être davantage reconnue et appréciée à sa juste valeur.

Espérant le tout à votre satisfaction, veuillez recevoir, Monsieur, mes salutations distinguées.

LSTA/lt

Line St-Amour,
directrice générale

c.c. Monsieur Serge Côté, directeur des Services de réadaptation en déficience physique, CRLM
Monsieur Daniel Cyr, adjoint à la direction des Services de réadaptation en déficience physique, CRLM
Monsieur Gérard-D Boulanger, directeur des Services professionnels, CRLM

Centre de réadaptation affilié à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

■ jeunes en difficulté d'adaptation

■ autisme

■ déficience physique

100, CHEMIN DOCTEUR-LEMAY, C.P. 1055 ROUYN-NORANDA (QUÉBEC) J9X 5C8 TÉL. (819) 762-6592 TÉLÉCOPIEUR : (819) 762-2049 / (819) 797-9313



**Centre de recherche
Hôpital Charles LeMoine**

Centre affilié universitaire
et régional de la Montérégie

Le 24 mai 2006

Docteur Patrick Loisel
CREFOPI
1111, rue Saint-Charles Ouest, bur. 101
Longueuil (Québec) J4K 5G4

OBJET : **Projet 2006-07-15 – Exploitation de la base de données Réseau en
réadaptation au travail du Québec (RRTQ)**

Docteur,

Il me fait plaisir de vous informer que le comité d'éthique de la recherche (CÉR), lors de sa réunion du 16 mai 2006 de même que le comité administratif de la recherche (CAR), lors de sa réunion du 16 mai 2006, ont recommandé l'acceptation de votre projet de recherche cité en rubrique. Nous vous transmettons ci-joint les documents pertinents de ces réunions qui vous informent de leur décision et des conditions rattachées.

Sous réserve du respect de ces conditions, s'il y en a, vous êtes autorisé à procéder à la réalisation de ce projet, selon les termes et conditions détaillés dans leurs recommandations respectives et ce, selon les modalités du projet soumis. S'il advenait des changements significatifs aux prévisions budgétaires ci-jointes, vous êtes tenu d'en informer l'adjoint à l'administration du Centre.

Cette autorisation est valable pour une période d'un an, à compter de la date d'acceptation du CÉR. Si la durée de votre projet excède cette échéance, vous devrez compléter un formulaire D et le soumettre au CÉR au plus tard à la fin du mois de mars 2006. Votre projet pourra ainsi se poursuivre si vous obtenez une recommandation positive du CÉR.

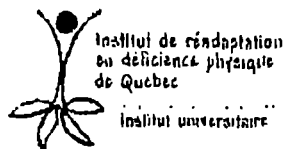
Il est entendu que l'Hôpital Charles LeMoine n'assume aucuns frais reliés à ce projet de recherche.

Veuillez recevoir, Docteur, l'expression de notre considération la plus distinguée.

Le directeur du Centre de recherche

Jean Cusson, M.D., Ph. D, FRCPC
JC/nr
c.c. : M. Jacques Blais, adjoint à l'administration, Centre de recherche
M. Gilles Villeneuve, directeur des ressources financières et matérielles

P.-S. — Le Cahier de procédures et le formulaire D sont disponibles sur le site Internet de HCLM



PROTOCOLE DE CONSULTATION DES DOSSIERS D'USAGERS
POUR FIN DE RECHERCHE AVEC DÉNOMINALISATION
DES RENSEIGNEMENTS RECUEILLIS

1. PROJET DE RECHERCHE

Objet de la recherche

Période visée

Liste des dossiers fournie :

Oui ☐

Non ☐

Nombre de dossiers requis :

Cette recherche bénéficie-t-elle d'une subvention

Oui ☐

Non ☐

2. IDENTIFICATION DU CHERCHEUR

Nom du responsable de la recherche :

Nom du chercheur :

Noms des collaborateurs :

Nom de l'organisme :

Adresse :

Tél.: ()

3. ENGAGEMENT DU CHERCHEUR AU RESPECT DE LA CONFIDENTIALITÉ

Je soussigné, m'engage à :

- Tenir confidentiel, soit verbalement, soit dans la rédaction ultérieure de rapports de recherche, le renseignement nominatif dont j'aurai connaissance lors de mes travaux;
- Assurer le respect de cette confidentialité par tout collaborateur auquel j'aurai recours pour l'exécution de mon projet de recherche;
- Utiliser les renseignements obtenus uniquement dans le cadre de cette recherche;
- Assujettir tout fichier informatique constitué pour les fins de la recherche, aux mêmes règles de confidentialité que le dossier de l'utilisateur;
- Contacter les usagers ou leur famille, s'il y a lieu, par l'intermédiaire de l'archiviste médicale.

Signature du chercheur

Engagement des collaborateurs au projet

Collaborateur

Date

Date

Date

4. APPROBATION DU D.S.P ET DU D.E.S.S.

Signature

Signature

Date

Date

5. ARCHIVISTE MÉDICALE RESPONSABLE DE LA RECHERCHE

Signature de l'archiviste médicale

Date

Certificat d'éthique

Par la présente, le comité d'éthique de la recherche des établissements du CRIR (CÉR) atteste qu'il a évalué, par voie accélérée, le projet de recherche **CRIR-241-0706** intitulé:

« Exploitation de la base de données du Réseau en réadaptation au travail du Québec (RRTQ) ».

Présenté par: **Patrick Loisel**

Le présent projet répond aux exigences éthiques de notre CÉR. Le Comité autorise donc sa mise en œuvre sur la foi des documents suivants :

- Formulaire A daté du 24 juillet 2006 ;
- Lettre et formulaire d'évaluation de la convenance institutionnelle du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau datés respectivement du 3 et du 2 août 2006, mentionnant l'acceptation du projet sur le plan de la convenance institutionnelle ;
- Résumé sommaire du projet ;
- Échanges de correspondance : courriels de Quan Nha Hong datés du 10 et 30 août 2006 ; courriels d'Anik Nolet datés du 31 juillet et 30 août 2006.

Ce projet se déroulera dans le site du CRIR suivant : **Centre de réadaptation Lucie-Bruneau.**

Ce certificat est valable pour un an. En acceptant le présent certificat d'éthique, le chercheur s'engage à :

1. Informer le CÉR de tout changement qui pourrait être apporté à la présente recherche ou aux documents qui en découlent (Formulaire M) ;
2. Fournir annuellement au CÉR un rapport d'étape l'informant de l'avancement des travaux de recherche (formulaire R) ;
3. Demander le renouvellement annuel de son certificat d'éthique ;
4. Aviser le CÉR de la clôture (abandon ou interruption prématurée) du projet de recherche ;
5. Tenir et conserver, selon la procédure prévue dans la *Politique portant sur la conservation d'une liste des sujets de recherche*, incluse dans le cadre réglementaire des établissements du CRIR, une liste des personnes qui ont accepté de prendre part à la présente étude ;
6. Envoyer au CÉR une copie de son rapport de fin de projet / publication.

7. En vertu de l'article 19.2 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, obtenir l'autorisation du Directeur des services professionnels du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau (DSP) avant d'aller consulter les dossiers des usagers de cet établissement.

Me Michel T. Giroux
Président du CÉR

Date d'émission
6 septembre 2006